Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013 **N°**

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

VENOT-GOUDEAU Elodie
Née le 6 décembre 1983 à Châteaudun

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2013

TITRE

Comment les médecins généralistes d'Eure-et-Loir formés par le Réseau Santé ou Tabac 28 évaluent-ils leur modification de pratique dans l'accompagnement au sevrage tabagique ?

Jury

Président de Jury : **Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**

Membres du jury : **Monsieur le Professeur Claude LINASSIER**
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Monsieur le Docteur Jean-Yves BACHELIER
Madame le Docteur Catherine ROUÉ



UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- *1966-1972*
Professeur André GOUAZÉ - *1972-1994*
Professeur Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN
J. MOLINE - Cl. MORAINE - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion

	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mmes	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	MARUANI Annabel	Dermatologie
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930

MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM
930		
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM
930		
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM
930		
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier

SERMENT D’HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d’Hippocrate,
je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur
et de la probité dans l’exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l’indigent,
et n’exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l’intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s’y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l’instruction que j’ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m’accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d’opprobre
et méprisé de mes confrères
si j’y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,
Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Merci également pour tout le temps que vous passez aux services des étudiants. Veuillez trouver en ces quelques mots l'expression de tout mon respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH,
Merci d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse alors que vous ne me connaissez pas. Veuillez trouver ici l'expression de mes vifs remerciements.

A Monsieur le Professeur Claude LINASSIER,
Merci d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse alors que vous ne me connaissez pas. Veuillez trouver ici l'expression de mes vifs remerciements.

A Madame le Docteur Catherine ROUÉ,
Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ta réactivité, pour le temps passé et pour tous tes précieux conseils. Tu m'as été d'un grand soutien. Reçois mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Jean-Yves BACHELIER,
Merci d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Merci d'être maître de stage et d'être aussi pédagogue. Vous m'avez fait découvrir la tabacologie. Merci également pour votre aide très précieuse dans ce travail de thèse.

A Monsieur le Docteur Jean ROBERT,
Merci de m'avoir aidé dans l'élaboration de ma trame d'entretien et de ma présentation en commission de thèse.

A Madame le Docteur Anne DANSOU,
Merci de l'intérêt que vous avez porté à ce travail de thèse.

A Monsieur le Médecin de famille Jean TIBOUT,
Vous avez été mon tuteur et mon maître de stage et vous m'avez beaucoup appris. Je regrette sincèrement votre absence mais la vie en a décidé autrement... Je vous dédie ce travail.

A Messieurs les Docteurs QUADRELLI, WIERZBA, RIVIERE et FOURNIER,
Merci d'avoir été mes maîtres de stages et de m'avoir accompagné lors de mes « premiers pas » en médecine générale.

Aux médecins généralistes qui ont participé aux focus groups,
Je vous remercie très sincèrement pour votre participation et vos encouragements. Sans vous, ce travail n'aurait pas pu être réalisé.

A Monsieur le Docteur Jacques CORMIER,
Merci de me confier vos patients. J'espère qu'ils m'apprécieront autant qu'ils vous apprécient... C'est sûrement en partie grâce à l'image du « médecin de famille » que vous m'avez donné que j'en suis là aujourd'hui.

A mes parents,
Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui, de l'éducation et de l'amour que vous m'avez donné et d'avoir su m'accompagner dans mes choix. Merci aussi pour tous les services que vous nous rendez au quotidien.

A ma soeur Ludivine,
Merci pour ton soutien dans ce travail de thèse et de ta relecture. Merci pour tous ces moments que nous partageons. Tu pourras toujours compter sur moi. Je n'oublie pas Grégor... merci de prendre soin de ma soeur et de ta bonne humeur.

A mon frère Cyprien,
Merci d'avoir accepté de m'aider dans ce travail de thèse et du temps que tu m'as fait gagner pour les retranscriptions. Merci d'être aussi impliqué dans ton rôle de tonton. A Mélanie, c'est un plaisir de t'accueillir dans notre famille.

A mon mari Benoît,
Merci de ta présence pendant ces longues années d'étude. Avec tout mon amour.

A mon fils Valentin,
Chacun de tes sourires est un rayon de soleil. Je te souhaite de trouver toi aussi un métier dans lequel tu pourras t'épanouir et quelle que soit la voie que tu choisiras, tu peux être assuré du soutien de ta maman.

A ma marraine Bénédicte,
Merci pour ce que tu fais pour moi et pour ton soutien, sans oublier Jean-Marc...

A ma famille,
Merci pour votre soutien. Comme il est doux de grandir entouré et dans une sécurité affective. Un merci tout particulier à mes grands-parents et à Mémé qui aurait sans doute été fière de moi.

A Marion, Claire, Pauline, Lucie et Julie,
Merci pour votre soutien durant toutes ces années et pour tous les bons moments que nous avons partagé. J'espère qu'il y en aura encore beaucoup.

A Tiffany, Aurélien, Nicolas, Stéphane et Sébastien,
Merci pour tous les bons moments que nous avons partagé. J'espère qu'il y en aura encore beaucoup d'autres.

A tous nos amis,
Merci pour votre soutien et pour tout ce que nous partageons.

A la compagnie de pompiers du CI 312,
Merci pour tout ce que vous m'avez apporté. C'est en partie grâce à vous que j'ai choisi de faire médecine. C'est avec beaucoup de regrets que je vais vous quitter mais vous pourrez toujours compter sur moi en cas de besoin.

A l'équipe de pongistes d'Ozoir-le-Breuil :
Merci pour tous les bons moments que nous partageons et pour votre bonne humeur. Vous êtes ma bouffée d'oxygène...

A Aude, Cyrilla, Sophie, Marion et Julien, l'équipe de J'M 28
Merci pour votre enthousiasme et pour tout ce que nous partageons. Merci de contribuer à resserrer les liens entre professionnels de santé euréliens.
Un merci tout particulier à Aude qui a accepté de relire cette thèse.

RÉSUMÉ

Comment les médecins généralistes d'Eure-et-Loir formés par le Réseau Santé ou Tabac 28 évaluent-ils leur modification de pratique dans l'accompagnement au sevrage tabagique ?

Introduction : Les patients ont plus de chance de démarrer un sevrage tabagique et de le réussir avec un médecin généraliste formé à l'aide à l'arrêt du tabac. Le RST 28 propose une formation sur ce thème aux médecins généralistes d'Eure-et-Loir. L'objectif principal de cette étude était d'explorer le ressenti des médecins formés sur l'aide apportée par cette formation. L'objectif secondaire était de s'intéresser aux difficultés qu'ils pouvaient encore rencontrer afin d'améliorer l'enseignement proposé.

Méthode : Etude qualitative par 4 Focus Groups avec 19 médecins généralistes d'Eure-et-Loir. Une retranscription écrite intégrale et une analyse thématique du contenu ont été réalisées.

Résultats : Les médecins interrogés trouvaient la formation utile et intéressante. Elle leur avait permis de modifier l'abord du tabac avec leurs patients et de prescrire de façon plus optimale les thérapeutiques liées au sevrage tabagique, notamment les substituts nicotiniques. Le conseil minimal restait peu connu. Ils rencontraient surtout des difficultés dans l'organisation du suivi des patients en cours de sevrage tabagique. Ils utilisaient peu les possibilités de prise en charge pluridisciplinaire offertes par le RST 28.

Conclusion : Les médecins généralistes interrogés étaient globalement satisfaits de l'impact de la formation sur leur prise en charge du sevrage tabagique et étaient demandeurs de rappels réguliers. La prise en compte des difficultés encore existantes et l'évaluation de leur ressenti permettront d'améliorer et d'adapter la forme et le contenu de la formation proposée par le RST 28.

Mots-clés : formation, sevrage tabagique, réseau, médecine générale, étude qualitative.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS .... Page 13

INTRODUCTION .... Page 14

MATERIEL ET METHODE .... Page 16

RESULTATS

Caractéristiques de la population et des entretiens .... Page 18

Perceptions des médecins sur le tabagisme .... Page 18

Le tabagisme en consultation de médecine générale .... Page 20

La prise en charge initiale du patient demandeur de sevrage.. Page 22

Les outils du sevrage .... Page 24

Le suivi .... Page 27

Les situations particulières .... Page 28

Le RST 28 .... Page 30

La formation .... Page 32

DISCUSSION

Sur la méthode .... Page 34

Sur les résultats .... Page 36

CONCLUSION .... Page 41

BIBLIOGRAPHIE .... Page 42

ANNEXES

Annexe 1 : Power-point de la formation niveau 1 .... Page 46
Annexe 2 : Fiche signalétique .... Page 64
Annexe 3 : Trame d’entretien .... Page 65
Annexe 4 : Description de la population étudiée .... Page 67
Annexe 5 : Définition du conseil minimal .... Page 69
Annexe 6 : Test HAD .... Page 70

ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CO : monoxyde de carbone

DIU : Diplôme interuniversitaire

FMC : Formation Médicale Continue

HAD : test Hospital Anxiety and Depression

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

RST 28 : Réseau Santé ou Tabac d'Eure-et-Loir

INTRODUCTION

Durant le XXe siècle, le tabac a causé 100 millions de morts dans le monde entier et ce nombre risque de s'élever à 1 milliard pour le XXIe siècle si rien ne change. La consommation de tabac est un facteur de risque pour six des huit causes majeures de mortalité dans le monde (cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux, infections respiratoires basses, maladies pulmonaires chroniques obstructives, tuberculose, cancers de la trachée, bronches et poumons). En France, le tabagisme est la première cause de mortalité évitable, avec environ 66 000 décès chaque année [1].

La prévalence des fumeurs en France a augmenté dans la population âgée de 15 à 75 ans, passant de 32% en 2005 à 34% (37% chez les hommes et 30% chez les femmes) en 2010. Cette augmentation est survenue après quarante ans de diminution de la prévalence chez les hommes et seulement vingt ans de diminution de la prévalence chez les femmes. La prévalence des fumeurs est la plus élevée chez les jeunes, puis diminue avec l'âge : 39% des 18-44 ans déclarent fumer tous les jours contre 31% des 45-54 ans, 18% des 55-64 ans et 7% des 65-75 ans [2].

Les patients ont plus de chance de démarrer un sevrage tabagique et de le réussir si les professionnels de santé sont formés à l'aide à l'arrêt du tabac. En effet, les soignants formés sont plus efficaces que ceux qui n'ont pas suivi de formation adaptée. Ils "entraînent" deux fois plus de patients dans la démarche de sevrage [3] [4]. Les patients qu'ils suivent ont plus de chances de réussir leur sevrage à 1 an (probabilité augmentée de plus de 40% à 1 an par rapport à ceux qui sont suivis par des professionnels non formés) [5]. Cependant, l'étude ITC (International Tobacco Control), projet d'évaluation des politiques publiques de lutte antitabac, montre que la France se classe parmi les derniers des 23 pays participants à l'étude en ce qui concerne la proportion de fumeurs ayant reçu, au cours d'une consultation de routine, des conseils de leur médecin pour arrêter de fumer [6].

La prise en charge du tabagisme en médecine générale se heurte à de multiples difficultés : pour justifier leur faible implication dans la lutte contre le tabagisme, les médecins du baromètre 2003 invoquent, entre autres, le manque de formation. En outre, la moitié d'entre eux se sent "peu" ou "pas du tout" efficace [7]. En effet, la formation médicale initiale n'aborde pas le sujet de façon pratique. Une étude menée auprès de 149 internes du CHRU de Tours montre que la majorité d'entre eux (79%) souhaiterait approfondir ses connaissances en tabacologie [8].

Le RST 28 est né en 1999. Ce réseau ville-hôpital réunit des professionnels libéraux (médecins généralistes et spécialistes, sages-femmes, pharmaciens, paramédicaux...) et hospitaliers (médecins généralistes et spécialistes, sages-femmes, para-médicaux). Le RST 28 mène des actions de prévention, de communication, de formation, et d'aide à l'arrêt au tabac. En ce qui concerne celle-ci, les principales actions sont jusqu'alors menée à Chartres et à Dreux, en partie centrées sur les hôpitaux. Plusieurs possibilités sont offertes aux patients : réunions d'information sur le tabac, réunions de diététique, réunions de gestion du stress par la relaxation, consultations de tabacologie, consultations d'accompagnement psychologique et consultations de diététique. Dans le cadre de ce réseau, le docteur Bachelier, médecin généraliste titulaire d'un DIU de tabacologie délivre une formation destinée aux médecins généralistes sur l'accompagnement à l'arrêt du tabac.

Cette formation est divisée en trois niveaux, chaque niveau se déroulant sur une soirée. Les points abordés sont :

- Niveau 1 : rappels sur le tabac (chiffres, composition des cigarettes et mécanismes de dépendance, risques liés au tabagisme), repérage et identification des fumeurs, conseil minimal, conduite de la première consultation pour demande de sevrage tabagique (évaluation de la motivation, situation du patient dans le cycle de Prochaska, utilisation d'outils tels que le test de Fagerström, le test HAD), traitements du sevrage tabagique, co-prescriptions (anti-dépresseurs, laxatifs) et conseils comportementaux, organisation du suivi [Annexe 1].
- Niveau 2 : rappel des fondamentaux sur l'aide au sevrage tabagique et adaptation à la pratique du médecin généraliste, travail sur des cas cliniques, débat.
- Niveau 3 : présentation du dossier tabacologie de l'INPES, du testeur de CO, initiation à l'entretien motivationnel, actualisation des connaissances avec bibliographie récente, discussion avec retour sur les pratiques.

Il existe également une autre formation intitulée « repérage précoce intervention brève » effectuée sur une soirée, qui traite les sujets suivants : repérage de la consommation d'alcool, repérage du fumeur, présentation du RST 28 et des lieux et personnes ressources en Eure-et-Loir.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer grâce à la méthode qualitative des focus groups, quel était le ressenti des médecins généralistes formés sur l'aide apportée par cette formation dans l'accompagnement au sevrage tabagique. L'objectif secondaire était de s'intéresser aux difficultés qu'ils pourraient encore rencontrer dans ce domaine afin de voir comment cet enseignement pourrait être amélioré.

MATERIEL ET METHODE

Une enquête qualitative par focus group a été menée auprès de médecins généralistes d'Eure-et Loir. Les médecins généralistes ont été recrutés par téléphone à partir de la liste des médecins formés fournie par le coordinateur du RST 28. Cette liste comportait 59 médecins. Les critères de sélection étaient :

- Etre médecin généraliste
- Exercer dans le département de l'Eure-et-Loir
- Avoir participé à au moins une séance de formation sur le sevrage tabagique organisée par le RST 28
- Accepter de participer à l'étude et d'être enregistré
- Etre disponible aux dates proposées
- Accepter de remplir un feuillet permettant leur identification [Annexe 2], mais dont les informations personnelles resteront anonymes.

Quatre focus groups ont ainsi été organisés. La répartition entre les groupes s'est faite en fonction du lieu de résidence et de la disponibilité des participants aux différentes dates proposées. Le quatrième groupe a dû initialement être annulé en raison d'un nombre insuffisant de participants suite à des désistements de dernière minute. Il a ensuite pu être reporté à une date ultérieure.

Le premier entretien groupé a eu lieu dans la salle de réunion de la maison de santé pluridisciplinaire de Châteaudun. Les trois suivants se sont déroulés dans une salle de réunion du service de pneumologie de l'hôpital du Coudray. Les participants étaient assis autour d'une table, dans un environnement neutre et confortable et une collation leur a été proposée. Après accord verbal, les médecins ont été intégralement enregistrés avec un dictaphone numérique.

La trame d'entretien [Annexe 3] comportait 8 questions avec des questions de relance si les médecins n'abordaient pas spontanément certains éléments recherchés. Elle a été établie pour évoquer les axes suivants :

- Les perceptions sur le tabac
- L'abord du tabac avec le patient
- La première consultation de sevrage tabagique
- Les traitements utilisés
- Le suivi du sevrage
- Le réseau « RST 28 »
- La formation

La trame d'entretien n'a pas été modifiée au cours de l'étude.

J'ai joué le rôle de l'animateur, l'observateur était un membre de ma famille sensibilisé à la recherche qualitative. Une première retranscription avec mention des éléments non-verbaux a été effectuée par l'observateur durant les focus groups puis complétée dans un second temps à partir de l'enregistrement audio afin de ne perdre aucune donnée. Au cours de cette retranscription, il a été procédé à une suppression de l'identité des participants afin de préserver l'anonymat.

L'analyse a eu lieu après le quatrième focus group. Elle s'est faite en quatre étapes :

- L'**imprégnation** par plusieurs lectures attentives des 4 verbatims permettant de repérer les thèmes récurrents,
- Le **découpage** avec relevé des expressions, mots et groupes de mots se rapportant à chacun des thèmes identifiés,
- Le **classement des thèmes**,
- L'**interprétation** visant à dégager les concepts abordés et les opinions exprimées.

Aucune triangulation des données n'a été réalisée dans ce travail.

RESULTATS

Caractéristiques de la population et des entretiens

La population étudiée était constituée de six femmes et treize hommes âgés de 39 à 67 ans. Dix médecins exerçaient en milieu urbain, six en milieu semi-rural et trois en milieu rural. Le nombre de participants à chaque focus group variait de quatre à six. Sept médecins faisaient plus de 30 consultations par jour, dix médecins entre 20 et 29 et deux médecins entre 10 et 19. Deux médecins étaient fumeurs et dix-sept médecins étaient non-fumeurs ou ex-fumeurs. Les années de formation s'échelonnaient entre 2004 et 2012 [Annexe 4].

Les focus groups ont duré de 55 à 102 minutes et ont eu lieu du 07 février 2013 au 28 mars 2013.

La saturation des données n'a pas été observée mais il était impossible d'organiser un cinquième focus group car tous les médecins formés avaient déjà été contactés. Un seul nouvel item est apparu lors du codage du quatrième focus group : la prévention.

Perceptions des médecins sur le tabagisme

Démographie des fumeurs

La perception du nombre de fumeurs dans leur patientèle était variable. Certains médecins avaient le sentiment d'avoir une grosse proportion de patients fumeurs : *« A4 : c'est impressionnant le nombre de gens qui fument »* alors que d'autres pensaient en avoir moins : *« D5 : je suis assez étonnée parce qu'apparemment vous en faites plein et je suis très peu sollicitée (...) j'ai peut-être pas beaucoup de fumeurs non plus »*.

Plusieurs médecins ont évoqué une progression du tabagisme chez les jeunes : *« D3 : on revoit des jeunes qui fument plus qu'à certaines époques »* ainsi que chez les femmes : *« B6 : je trouve que la population féminine fume énormément ».* La crise économique a été évoquée comme pourvoyeuse de fumeurs : *« C3 : [l'évolution du tabagisme] ça dépend du chômage »* avec le tabac qui paraissait un moyen de gestion du stress : *« C1 : les gens ils fument parce que ça gère leur stress, des fois c'est antidépresseur. Tu vois c'est pas que médical, c'est social... ».* Cet aspect « social » du tabagisme a surtout été évoqué dans le groupe C par 2 médecins (C1 et C4) qui exerçaient dans un secteur géographique particulièrement touché par la précarité : *« C4 : C'est vrai que dans notre zone [en s'adressant à C1], on n'est quand même pas très très gâté parce qu'il y a peu d'entreprises et que les grosses entreprises sont en train de fermer (...) Et les gens, ils n'ont*

pas une perspective d'avenir très réjouissante, donc effectivement bah fumer une clope... ». L'abord du tabac avec les patients en précarité leur semblait difficile : *« C4 : Mais quand on est dans un contexte où rien ne va plus, c'est délicat de leur dire : vous allez faire ça [arrêter de fumer] pour vous ».*

Le rôle des pouvoirs publics

La majorité des médecins pensait que les augmentations successives du prix des cigarettes permettaient de réduire le nombre de fumeurs : *« C2 : j'ai quand même l'impression que les gens arrêtent de fumer au fur à mesure que le prix augmente... »* ou du moins apportaient une motivation supplémentaire à l'arrêt du tabac : *« C2 : ... ou en tout cas, ils aimeraient arrêter quand ils n'y arrivent pas »*, sauf pour ceux qui contournaient le système : *« D1 : Regarde ce qu'il y a marqué sur mon paquet de tabac [inscriptions en espagnol]. C'est le réseau parallèle. C'est ce qui se passe actuellement »*. L'interdiction de fumer dans les lieux publics était également perçue comme une mesure utile : *« D4 : ça leur a quand même un peu mis des entraves dans les pieds par rapport à leurs cigarettes »*.

Cependant, les médecins ne se sentaient pas soutenus par l'Etat : *« D3 : je suis pas certain qu'on soit forcément aidé par les autorités»* qui avait une position ambivalente : *« D3 : ça rapporte de l'argent à l'Etat donc je suis pas certain que l'Etat soit toujours très clair là-dessus »*, ce qui engendrait un sentiment d'impuissance des médecins vis-à-vis du tabagisme de leurs patients : *« C4 : ça dépend pas de nous quoi ».*

Le sevrage tabagique

Le sevrage tabagique était perçu comme une épreuve : *« C4 : c'est une épreuve, un marathon, c'est très difficile »* et les médecins étaient conscients de sa difficulté : *« C3 : je suis admirative des gens qui arrêtent »* d'où leur surprise devant des patients qui arrêtaient brutalement de fumer sans aucune aide : *« B3 : ce qui m'a toujours scotché c'est des patients grands fumeurs qui arrêtent d'eux-mêmes ».*

Le médecin et son tabagisme

Les médecins fumeurs ou anciens fumeurs avaient l'impression d'être avantagés par leur propre expérience pour la prise en charge du sevrage tabagique : *« A2 : je pense qu'il faut avoir été fumeur pour bien comprendre la difficulté que c'est [d'arrêter de fumer].* Cette impression était confirmée par les médecins qui n'avaient jamais fumé : *« B2 : Je n'ai jamais fumé et l'impression d'être un peu pas dans ce monde-là et finalement pas toujours comprendre pourquoi ils ont besoin d'allumer ce machin et de tirer dessus ».*

Cependant, certains participants avaient modifié leur abord du patient fumeur après leur propre sevrage : *« A2 : les anciens fumeurs sont assez intolérants au tabac »,* ce qui pouvait parfois être une difficulté : *« D1 : j'ai arrêté de fumer pendant 8 ans et je*

devenais intransigeant vis-à-vis des patients comme ancien fumeur, agressif et je pense que c'était pas mon rôle en tant que médecin, je n'avais pas l'empathie voulue. Et donc je me suis remis à fumer. Je fume encore ».

Le tabagisme en consultation de médecine générale

Repérage du patient fumeur

Un certain nombre de médecins mentionnait le statut tabagique du patient dans le dossier médical : *« B2 : sur toutes mes fiches c'est noté : le tabac et l'alcool »* mais ce n'était pas le cas de tous : *« B6 : par contre, je note pas et j'ai tendance à parfois oublier »* et ils admettaient que tous les dossiers n'étaient pas forcément mis à jour régulièrement : *«C1 : il y en a qui échappent. Des fois, on découvre avec stupéfaction que des jeunes femmes, par exemple, fument depuis dix ou quinze ans et on le savait pas. On l'apprend par hasard ».*

Abord systématique

Certains médecins abordaient assez systématiquement le tabagisme avec leurs patients : *« B1 : j'en parle à chaque fois quitte à être chiant »*, parfois plus particulièrement lors de certaines situations : la première consultation d'un nouveau patient : *« B2 : quand j'ai des nouveaux patients, je demande systématiquement s'ils fument »,* le renouvellement de pilule : *« D4 : la pilule, quand on fait des renouvellements, je pose à chaque fois »,* les maladies cardio-vasculaires : « *C2 : tous les cardio-vasculaires (...) parce que c'est dans les facteurs de risque »*, les asthmatiques : *« D2 : un asthmatique ».* Ils pensaient en effet que cela pouvait avoir un impact sur la décision d'arrêt sur le long terme : *« A2 : je me dis un jour ou l'autre ça rentre, et je trouve qu'un jour, ils arrêtent quand même ».*

D'autres médecins en parlaient moins souvent : *« B2 : c'est pas forcément un truc que je vais aborder à chaque fois (...). On revient pas tout le temps, tout le temps là-dessus ».* Une minorité de médecins attendait que ce soit le patient qui aborde le sujet : *« A3 : on sent que ça sent un peu la fumée mais on se dit : pourvu qu'ils en parlent pas »*. Le manque de temps en était de loin la raison principale : *« C1 : c'est trop chronophage »* avec deux médecins qui s'occupaient de sevrage tabagique uniquement aux beaux jours : *« C1 : l'hiver c'est pas possible »*. D'autres évoquaient le manque de compétence : *« A4 : ça devient aussi une spécialité entière la tabacologie »,* ce qui n'était pas le sentiment de la majorité : *« B6 : on est capable de leur apporter de l'aide », « A1 : les gens que tu vois, qui te disent : « «j'ai envie d'arrêter », si tu les prenais en charge, tu aurais peut-être les mêmes résultats que Chartres ».*

Le conseil minimal [Annexe 5]

Le conseil minimal n'était pas toujours bien connu en tant que tel par les médecins même si l'expression leur était généralement familière : *« D2 : ça nous évoque quelque chose ».*

Moins de la moitié des médecins utilisait des brochures : *« D5 : j'en ai plein »*. Elles étaient parfois à disposition dans la salle d'attente : *« A1 : je les mets dans la salle d'attente »*, ce qui pouvait permettre d'aborder le sujet avec le patient : *« C2 : une fois qu'ils ont pris la brochure, je leur en parle systématiquement ».* D'autres préféraient les donner en mains propres *: « C1 : je trouve que ça a du poids quand c'est nous qui la donnons ».* Les autres participants n'en utilisaient pas : *« B6 : je ne donne pas de brochures »* parce qu'il n'en avaient plus : *« C4 : je n'ai plus de brochures »*, parce qu'ils oubliaient : *« B3 : j'oublie les brochures »,* parce qu'ils trouvaient que c'était peu efficace : *« A1 : le fait de donner une brochure est-ce que ça donne pas un peu bonne conscience ? parce que les gens, est-ce qu'ils vont la lire ? »* ou alors parce que ce n'était pas pratique pour eux : *« D2 : tout est mélangé au bout d'un moment, on les trouve jamais... ».*

Utilisation du cycle de Prochaska [Annexe 1, Diapositive 47]

Le cycle de Prochaska était connu de la plupart des médecins *: « C1 : le Prochaska oui, ça c'est sympa »* et a été cité spontanément plusieurs fois. Il était utilisé par certains : *« D2 : c'est là que dans le cycle de Prochaska on essaie de les caser »* mais pas par d'autres : *« B6 : je trouve que c'est très théorique ».*

Sans forcément évoquer le cycle, les médecins distinguaient les patients fumeurs en deux catégories : les patients satisfaits : *« B3 : il y a un autre groupe qui s'en fout complètement, ils n'ont aucune envie d'arrêter »* avec qui il était inutile d'insister : *«C2 : ceux qui ont pas envie d'arrêter de fumer, c'est même pas la peine de leur en parler »* et les patients insatisfaits : *« A4 : y a des gens qui en ont marre de fumer »* qui étaient plus réceptifs : *« B3 : qui sont assez sensibles à notre discours ».*

La façon d'aborder le tabagisme

La plupart des médecins n'ordonnaient pas au patient d'arrêter de fumer : *« B5 : de lui en parler régulièrement sans l'agresser, ça l'a fait réfléchir », « A1 : il ne faut pas le prendre de but en blanc »* et utilisaient plutôt le dialogue : *« C4 : on a rediscuté du tabac »* que la culpabilité : *« B4 : ça les fait plus réfléchir et on arrive plus facilement (...) qu'en les culpabilisant ».*

Certaines situations pouvaient modifier leur approche : les femmes enceintes : *« B6 : je suis surtout vache avec les femmes enceintes (...) ça finit par me hérisser ! »* et le

renouvellement de pilule ou la bronchite où un certain nombre de médecins prescrivait l'arrêt du tabac : *« B1 : tu lui mets le traitement et tu mets arrêt du tabac »*, même si l'utilité de cette démarche ne paraissait pas évidente : *« A2 : ça sert à rien mais bon... »* , *« B3 : c'était même pas pour eux, c'était pour moi ».*

La prévention

La prévention s'adressait essentiellement aux adolescents : *« D5 : expliquer aussi aux jeunes que quand ils commencent à fumer »* et parfois à des enfants plus jeunes : *« D4 : je parle souvent tabac avec même des enfants de 10 ou 11 ans », « D5 : je pense que la prévention à 14 ans c'est trop tard »*. La prévention mise en place actuellement ne semblait pas adaptée : *« D5 : y a une mauvaise prévention de faite au niveau des collèges parce que c'est fait par les gendarmes ».* La place du médecin généraliste dans cette prévention n'a pas été directement abordée.

La prise en charge initiale du patient demandeur de sevrage

Une consultation dédiée

Les médecins proposaient à leurs patients de revenir pour une consultation dédiée *: « D3 : je propose une consultation dédiée pour ça »* si le sevrage tabagique n'était pas l'unique motif de consultation : *« B1 : à chaque fois que les patients posent la question ça fait partie d'un panel de motifs de consultation et généralement ça arrive à la fin »* et ainsi ils pouvaient y consacrer le temps nécessaire : *« C4 : on ne peut pas faire du vite fait », « B1 : c'est une consultation à part entière ». Ils avaient bien compris son importance : « D4 : il y a vraiment un sujet de discussion (...) c'est pour ça que la consultation dédiée est importante ».* C'était également un moyen de tester la motivation des patients : *« B4 : quand ils reviennent, je me dis il y a effectivement peut-être matière à travailler ».*

Exploration du tabagisme du patient

Les médecins s'intéressaient au passé tabagique du patient : *« D3 : je reviens aussi sur leur passé », « C4 : j'essaye de voir effectivement pourquoi ils sont dans le tabac , pourquoi ils continuent »* ainsi qu'au rapport du fumeur avec sa cigarette *: « D4 : c'est important qu'ils parlent de leur relation avec leur cigarette », « A2 : j'essaye de voir si c'est le tabac plaisir, le tabac stress ».* Ils prenaient le temps de faire verbaliser le patient sur son tabagisme : *« C4 : on a rediscuté du tabac, on a reparlé de l'intérêt d'arrêter de fumer ».* Cette étape leur semblait bénéfique dans la démarche de sevrage : *« D4 : une prise de conscience qui fait que ça les aide après. Et pouvoir verbaliser, je trouve ça super important ».*

Outils d'évaluation du patient

La motivation du patient était la condition indispensable pour le démarrage du sevrage : *« B6 : je prends ceux qui sont vraiment motivés », « D1 : il faut une motivation importante pour pouvoir s'arrêter, c'est déjà le point de départ ».* Les médecins ne s'investissaient pas quand elle leur semblait absente ou insuffisante : *« D1 : par expérience, tu sens bien quand les gens sont motivés ou pas motivés. Ça c'est important aussi... Tu ne vas pas perdre ton temps non plus ».* Un médecin a cité spontanément le test de motivation : *« D2 : il y a aussi le test de motivation »* qui n'était pas utilisé par les autres participants.

Un peu plus de la moitié des médecins utilisait le **test de Fagerström** [Annexe 1, Diapositive 78] pour évaluer la dépendance des patients au tabac, certains de manière systématique : *« C2 : je le fais systématiquement la première fois »* alors que d'autres s'en servaient plus ponctuellement : *« B3 : je le fais que chez les patients qui sont entre guillemets « petits fumeurs » ».* Les autres médecins ne l'utilisaient pas pour diverses raisons : *« B2 : je ne trouve pas le prospectus où il y a le Fagerström », « D1 : je préfère le dialogue (...) ça prend aussi du temps », « A2 : Dès que tu fumes tous les jours t'es dépendant (...) j'y crois pas à ça ».*

La dépression ou l'anxiété étaient recherchées par les médecins : *« D3 : j'essaie de cerner un peu la personnalité, parce que la plupart des fumeurs sont des gens anxieux, déprimés quand même ».* Le test HAD [Annexe 6] était peu ou partiellement utilisé *: « D2 : je ne le fais pas formellement, c'est-à-dire qu'on a des items en tête et puis on les distribue ».* Le test d'Hamilton a été cité spontanément plusieurs fois mais était également très peu utilisé : *« C1 : je dois en faire deux par an ».* La recherche d'un trouble du sommeil faisait aussi partie de l'évaluation initiale pour certains : *« C3 : je pose toujours la question pour le sommeil ».*

Le peak-flow a été cité spontanément plusieurs fois et était utilisé par certains médecins : *« C4 : je leur fais le peak-flow »* avec un bénéfice constaté variable : *« D2 : le peak-flow c'est piégeux parce que ça avance pas beaucoup d'une fois sur l'autre », « C4 : quand ils arrêtent de fumer, ça remonte bien ».* Il était parfois utilisé pour amener le patient à la décision d'arrêt *: « A2 : je leur dis : tu vois tu es à 400, là tu devrais être à 700 ».*

Plusieurs médecins exprimaient le désir de posséder un **testeur de CO** : *« C1 : on aimerait bien avoir un CO-testeur »* car : *« A2 : ça parle bien »*, mais ils trouvaient le coût élevé : *« A3 : les testeurs de CO devraient être moins chers et accessibles ».* Un médecin en possédait un mais ne l'avait que très peu utilisé : *« D5 : j'ai un CO-testeur fourni par le réseau (...) je l'ai utilisé une fois ».*

Les outils du sevrage

Thérapeutiques spécifiques du sevrage tabagique

Tous les médecins prescrivaient des **substituts nicotiniques :** *« D3 : une de nos seules armes c'est les substituts nicotiniques »* sous forme de patchs : *« B2 : patchs essentiellement »* qu'ils n'hésitaient pas à associer aux formes orales : *« D4 : et aussi gommes ou comprimés pour les envies ponctuelles », « A1 : des patchs associés aux gommes »* sauf pour quelques-uns : *« C4 : j'ai goûté les gommes, je trouve ça tellement dégueulasse que... », « A4 : j'oublie la gomme »*. La détermination du dosage initiale n'obéissait pas à une règle commune : *« D3 : je fais à peu près un milligramme par cigarette », « B2 : à la louche », « A1 : quand c'est au-dessus de 5 [au test de Fagerström], systématiquement je prends le patch de 21 », « A2 : pour la gomme : 8 à 10 gommes par jour »*. Ils préféraient prescrire des doses initiales élevées : *« D3 : j'ai tendance à taper fort d'emblée »* et pouvaient facilement associer plusieurs patchs pour obtenir une dose suffisante : *« D2 : tu peux mettre deux patchs de 21 »*, quitte à diminuer ensuite : *« D4 : il vaut mieux surdoser, quitte à descendre que sous-doser ».* Un seul médecin a exprimé une peur du surdosage en nicotine : *« C3 : si on est déjà au maximum de dose de patchs de nicotine et qu'ils rajoutent une cigarette (...) on s'expose à des risques secondaires »* ce qui l'incitait parfois à prescrire plutôt de la varénicline ou du bupropion en l'absence de contre-indication.

Les médecins avertissaient le patient que la substitution nicotinique devait se poursuivre sur plusieurs mois : *« C2 : on part toujours sur au moins trois mois de traitement ».* Les principaux conseils qui étaient donnés lors de la prescription concernaient : l'utilisation des gommes : *« C3 : ne pas les mâcher comme un simple chewing-gum »* ou des patchs : *« B3 : vous pouvez en couper un autre »*, les symptômes de surdosage : *« A3 : ça donne mal à la tête »*, la possibilité de moduler la dose si besoin : *« B4 : j'insiste qu'on peut augmenter, baisser »* et les risques de troubles du sommeil : *« B4 : le coup de l'enlever aussi pour la nuit (...) s'ils font des cauchemars ».*

Un grand nombre de médecins ne prescrivait pas ou plus de **ZYBAN®** (=bupropion) : *« B2 : pas de Zyban »* notamment en raison de ses effets secondaires *: « D1 : c'est vrai qu'on a eu des effets secondaires avec le Zyban. C'est quand même un antidépresseur »*. Un médecin disait l'utiliser très régulièrement : *« B3 : une bonne part de Zyban en fait (...) je trouve que ça marche bien sur les patients qui sont un peu limites ».*

Quelques participants ne prescrivaient pas ou plus de **CHAMPIX®** (=varénicline) : *« D4 : jamais de Champix »*. La majorité des médecins le prescrivait parfois *: « D3 : le Champix ça m'arrive »* souvent en deuxième intention : *« B5 : quand il y a eu un échec avec les patchs »* ou quand le patient était demandeur : *« A1 : c'était le seul*

moment où je pouvais le prescrire, parce que c'est demandé par le patient... », même s'ils évoquaient aussi le risque d'effets secondaires : *« C2 : je l'utilise même si je sais que ce n'est pas forcément très bien »*. Deux médecins l'utilisaient de façon plus systématique : *« C4 : je suis moins coincé sur le Champix », « D1 : j'oriente un peu sur le Champix (...) parce qu'il me semble que ça marche bien ».*

L'**inhaleur** a été cité spontanément par un médecin : *« C1 : L'inhaleur, c'est un substitut nicotinique comme un autre »* qui l'utilisait : *« C1 : chez les gens que je trouve un peu borderline ».*

Les médecins estimaient qu'ils n'étaient pas suffisamment informés sur l'utilisation de **la cigarette électronique** : *« D4 : on sait pas quoi penser de ça », « B1 : je ne me suis pas documenté ».* Leurs connaissances sur le sujet étaient variables : *« C3 : je sais même pas ce que c'est », « C1 : la cigarette électronique, il n'y a pas de nicotine », « C2 : il y a de la nicotine », « B2 : la fumée c'est de la vapeur d'eau », « B4 : c'est en provenance de Chine », « B2 : c'est pas dans les médicaments »* et provenaient essentiellement de leurs échanges avec les patients : « B2 : j'ai un patient qui a arrêté comme ça ». Leurs interrogations sur le sujet étaient nombreuses : *« D2 : est-ce que c'est pas garder la gestuelle ? », « C2 : c'est autorisé dans les lieux publics ou pas ? », B3 : c'est peut-être toxique, hein ? »*. Ils restaient donc prudents quand on leur demandait leur avis : *« D5 : maintenant j'en parle plus », « C1 : tu lui dis que c'est dangereux et qu'il faut qu'il oublie », « C4 je ne connais pas donc je ne peux pas répondre ».*

Les co-prescriptions

Les **anxiolytiques** étaient régulièrement prescrits lors de l'initiation d'un sevrage : *« D4 : des anxiolytiques de temps en temps »* plutôt chez certains patients : *« D4 : quand ils sont vraiment très angoissés », « B5 : chez les mecs hyper speed »*. Les molécules utilisées étaient variées : *« B4 : l'Euphytose à la benzo », « B2 : l'Atarax », « A1 : buspirone »*. Certains médecins étaient prudents notamment avec l'utilisation des benzodiazépines : *« D3 : je prescris jamais de benzo (...) pour faire gaffe à ne pas tomber dans une autre dépendance ».*

Les **anti-dépresseurs** étaient parfois utilisés : *« A2 : anti-dépresseurs oui »*. Les molécules citées ont été les IRS : *« D2 : les IRS ça m'arrive »*, les tricycliques : *« C1 : parfois des tricycliques, les IRS j'ai arrêté, ça donne rien du tout »* et la DEPAMIDE® : *« B5 : ça m'arrive des fois d'utiliser la dépamide chez les mecs qui sont un peu borderlines ».*

Les **somnifères** ont été peu cités : « *C3 : il m'arrive aussi de prévoir un somnifère léger »*, *« C3 : pour les troubles du sommeil, ça m'embête de donner des benzos donc des fois, je donne un peu de neuroleptique...allez ! Un peu de Tercian ou un peu d'Haldol ».*

Un grand nombre de participants ne prescrivaient pas de **laxatifs** *: « A3 : Pourquoi tu veux prescrire des laxatifs ? »*. Cependant la constipation a été citée spontanément dans le groupe C : *« C3 : le transit ralenti (...) je le préviens d'emblée ».*

Les conseils donnés aux patients

Les conseils donnés aux patients portaient essentiellement sur des modifications de comportement à adopter *: « D2 : de leur dire de modifier leurs habitudes de vie c'est important »* en ce qui concerne l'hygiène de vie : *« D3 : peut-être picoler moins »* avec notamment la prévention de la prise de poids : *« C2 : plutôt aller boire un verre d'eau que d'ouvrir le frigo », « B5 : je les pousse à faire un peu de sport »* et la prévention des rechutes : *« B5 : je les pousse même à arrêter leur café car le café entraîne la clope ».*

Les fiches-conseils proposées lors de la formation étaient peu connues des participants : *« D4 : je me rappelle pas de ces fiches »*. Quelques-uns les utilisaient : *« A3 : les papiers qu'il nous a donné, je les garde, je les imprime, je les redonne ».*

Une prise en charge pluridisciplinaire

Certains médecins pensaient qu'une prise en charge pluridisciplinaire était indispensable : *« A4 : c'est multidisciplinaire, nous on ne peut rien faire... »*. Quelques-uns utilisaient cette possibilité *: « C4 : on a la chance d'avoir une sophrologue sur place qui les prend un peu en charge sur le stress, le sommeil...donc ça, ça aide quand même »* mais ce n'était pas le cas de la majorité : *« C1 : il nous avait conseillé une diététicienne mais je n'ai jamais osé ».* Le frein principal évoqué était le coût des consultations qui n'étaient pas remboursées par l'assurance maladie : *« A3 : la démarche du psy, de la diet'... ca y est pas encore parce que c'est payant ».*

Les médecines alternatives

Certains médecins étaient ouverts à des médecines dites alternatives : *« D5 : j'essaye de tout essayer »*. Les disciplines citées par les participants étaient : l'homéopathie : *« D4 : ça m'arrive de prescrire un peu d'homéo »*, l'hypnose : *« D4 : Que des patchs...et l'hypnose »*, l'acupuncture : *« A2 : il y avait un acupuncteur qui s'appelait L. à Orléans, je lui ai envoyé des gens »* et l'auriculothérapie : *« A2 : c'est une méthode d'auriculothérapie donc ça marche »*. Il y avait un médecin acupuncteur dans le groupe A (A2) et un médecin qui pratiquait l'hypnose dans le groupe D (D2).

Le rôle des pharmaciens

Certains médecins ne se sentaient pas soutenus par les pharmaciens : *« A3 : je dirais quand même qu'on n'est pas très aidé par les pharmaciens »* qui n'encourageaient pas toujours le patient à les consulter : *« A4 : Il y a eu un frein quand même à la prise en charge... (...) j'ai prescrit pour un mois, je leur ai dit vous revenez me voir et on les revoit pas... Et on s'aperçoit que c'est les pharmaciens qui leur redonnent un peu de... »* alors qu'eux-mêmes n'étaient pas assez formés : *« A3 : en lui disant [au patient] qu'il fallait forcer les patchs contrairement à ce que le pharmacien allait lui dire ».*

Le suivi

Une nécessité

Les médecins considéraient que le suivi du sevrage était une nécessité : *« B6 : je leur dis de revenir aussi, je leur dis de reconsulter, je les laisse pas dans la nature* » et ils expliquaient son importance aux patients *: « C1 : faut m'appeler et on se revoit de toute façon ».* La première consultation de suivi était proposée à 1 semaine à 1 mois du début du sevrage selon les médecins : *« B6 : dans les trois semaines »* avec souvent la possibilité de les contacter plus rapidement si besoin : *« D2 : entre temps ils peuvent téléphoner s'il y a un problème ».* Sa durée était de plusieurs mois : *« C3 : c'est trois à six mois ».* Certains médecins fixaient le rendez-vous suivant à la fin de la consultation : *« D3 : je refixe un rendez-vous tout de suite* » alors que d'autres demandaient au patient de le prendre eux-mêmes *: « C3 : je leur dis de reprendre rendez-vous sous tant de temps ».* L'organisation du suivi était dépendante du fonctionnement du secrétariat du médecin : *« C1 : je réponds moi-même au téléphone. J'ai mon cahier sur moi donc… moi, je leur donne le rendez vous »*.

Cependant, il semblait très compliqué à effectuer : *« A1 : on institue le sevrage, pour les suivre c'est autre chose... »* car peu de patients revenaient : *« C4 : ceux qui reviennent pas sont plus nombreux », « D5 : je leur dis de reprendre rendez-vous et j'attends encore ».* Ce phénomène avait tendance à décourager les médecins : *« A3 : c'est pour ça que je ne veux plus trop m'investir »*. Un médecin a évoqué le manque de temps comme frein au suivi : *« A3 : le suivi est dépendant de la démographie médicale ».*

Les conséquences cliniques négatives de l'arrêt

La prise de poids était la crainte principale des patients : *« D4 : le poids ! »* plus particulièrement des femmes : *« D5 : les hommes aussi mais surtout les femmes ».* Les médecins leur expliquaient qu'ils allaient certainement prendre quelques kilos : *« B2 : je leur dis que la moyenne c'est trois à cinq kilos »* et qu'ils pourraient stabiliser leur poids en surveillant leur hygiène de vie : *« A2 : celui qui va rien foutre et qui va rester devant sa télé à bouffer, il va prendre 20 kilos ».*

Le risque de constipation était connu de certains participants : *« C1 : il y aura la constipation quasi obligatoire »* contrairement à d'autres qui ignoraient cet effet indésirable possible et ne le recherchaient donc pas : *« A1 : Ça constipe ? (...) je ne savais pas ».*

L'irritabilité était également citée comme une conséquence gênante pour les patients *: « D4 : il y a quelque chose qui revient beaucoup, c'est le fait qu'ils deviennent imbuvables pour leur entourage »*.

Un certain nombre de médecins avait remarqué une augmentation de la toux : « *D3 : ils disent aussi qu'ils toussent plus que quand ils fumaient* » ainsi qu'une augmentation des infections ORL : *« A1 : les gens me disaient : vous comprenez j'ai arrêté de fumer et je suis tout le temps malade »* qu'ils n'expliquaient pas précisément : *« C4 : c'est physiologique », « A1 : je ne sais pas comment ça s'explique »*. Cela pouvait les mettre en difficulté : *« C4 : j'étais bien ennuyé ».*

Le renforcement positif

Les médecins félicitaient les patients qui réussissaient leur sevrage : *« B2 : les gens qui ont arrêté (...) j'écris des gros bravos sur le dossier »* et les encourageaient : *« A3 : on les materne ».*

La rechute

Les médecins étaient conscients de la fragilité de l'arrêt : *« A1 : quand tu as arrêté et que tu reprends la moindre cigarette, tu ré-enflammes toutes les zones... »* et ne culpabilisaient pas le patient qui rechutait : *« C4 : c'est pas dramatique ».* Ils ne prévenaient pas toujours les risques de rechute : *« C1 : anticiper les situations à risque [de rechute] (...) mais ça on ne le fait pas »*. Les raisons évoquées étaient l'oubli *: « C3 : je ne pense pas à les alerter sur les risques de rechute »* et le manque de temps : *« C1 : parce que ça prend trop de temps ».*

Les situations particulières

La femme

Certains médecins ne pensaient pas toujours à aborder le tabagisme avec les femmes : *« C1 : on découvre avec stupéfaction que des jeunes femmes, par exemple, fument depuis 10 ou 15 ans et on ne le savait pas ».*

Contraception et tabac

La prescription de pilule était l'occasion d'aborder le tabagisme de leurs patientes. Les médecins les informaient du risque thromboembolique lié à l'association tabac et contraception oestro-progestative : *« D4 : je leur dis que c'est incompatible ».*

Un grand nombre de médecins notifiait sur l'ordonnance que la patiente devait arrêter de fumer : *« C4 : moi je le mets sur l'ordonnance (...) je mets arrêt du tabac impératif »* souvent pour qu'il y ait une preuve de l'information de la patiente : *« B3 : je le marque, mais c'était même pas pour eux, c'était pour moi, j'avais pas envie d'avoir de procès »*. Cependant, une grande partie des médecins continuaient à prescrire la contraception oestro-progestative en cas de poursuite du tabagisme car ils ne voulaient pas que le patiente soit sans contraception *: « D5 : quand je me pose ce problème-là, je dis : je prescris pas de contraception et elle revient en demandant une IVG »* ou parce qu'ils estimaient que c'était à elle de choisir puisqu'elle était informée des risques encourus : *« D1 : tu les informes et après elles décident »*. Les autres refusaient systématiquement la prescription, certains à partir de 35 ou 40 ans *: « C3 : 35 ans et tabac égal pas d'oestro-progestatifs »* et quelques-uns pour toutes leurs patientes fumeuses : *« C1 : même à 15 ans, on n'en donne pas »*. Ces derniers étaient sensibilisés par l'histoire d 'une patiente : *« D3 : j'ai eu une patiente qui a fait un AVC (...) avant 35 ans et ça m'a un peu marqué »* ou par la médiatisation récente du risque thromboembolique plus élevé avec les pilules de troisième génération *: « C1 : Ça a évolué, c'est assez récent notre position ».* Les moyens de contraception de remplacement étaient : la pilule micro-progestative : *« B6 : je leur mets microval »* ou le stérilet : *« B6 : ou je leur fous un stérilet ».*

La femme enceinte

Pour beaucoup, la grossesse facilitait le sevrage tabagique : *«C3 : c'est largement plus facile »* mais elles reprenaient plus facilement après l'accouchement : *« C1 : on les revoit un mois ou deux après avec le bébé, mais elles ont repris le tabac déjà ».*

Les médecins étaient plus sensibles à ces situations : *« B4 :les femmes enceintes (...) je prends moins de pincettes », « B6 : ça finit par irriter ! ».*

Ils n'hésitaient pas à prescrire des patchs aux femmes enceintes désireuses de se sevrer : *« B5 : on pouvait en mettre [des patchs] chez la femme enceinte aussi on n'aurait pas osé [avant la formation] ».*

Les parents fumeurs

Les parents fumeurs et l'impact que cela peut avoir sur leurs enfants est une situation qui sensibilisait également beaucoup les médecins : *« B6 : c'est à cause de vous qu'il tousse ».* Certains médecins pensaient que la santé de l'enfant était une motivation

au sevrage pour les parents : *« D4 : ils ont pour certains cette envie d'être un parent parfait (...) de ne plus être fumeur au moment où le bébé arrivera ».*

Les adolescents

L'abord du tabac avec les adolescents n'était pas évident pour les médecins : *« D4 : ils répondent pas »*, surtout lorsqu'un des parents était présent lors de la consultation : *« B2 : il faut être tout seul avec l'ado pour pouvoir en parler ».*

C'était une situation qui mettait généralement les praticiens en difficulté : *« A3 : c'est extrêmement difficile », « tu joues copain, copain avec les ados... De toute façon, de toutes les techniques, tu ne sais pas laquelle est la bonne ».*

Les facteurs principaux motivant le tabagisme chez les jeunes étaient : l'envie de s'intégrer : « *A1 : quand on fume, c'est faire comme les autres* » et la transgression de l'interdit : *« D1 : transgresser l'interdit, ça fait partie de l'ado aussi... ».*

La consommation de tabac chez l'adolescent était souvent associée à la consommation de cannabis : *« A2 : souvent, les jeunes, il y a du cannabis derrière »*

Les co-addictions

Le tabagisme était régulièrement associé à la dépendance à l'**alcool** : *« D3 : tu vois beaucoup de gens qui fument et qui boivent trop »* et c'était une situation difficile à gérer pour les médecins : *« C1 : c'est l'horreur à gérer ».* Certains participants pensaient qu'il valait mieux arrêter tout d'un coup : *« D5 : je leur fait faire tout en même temps »* alors que d'autres s'occupaient d'une dépendance à la fois *: « D4 : j'aurais plutôt tendance à dire chaque chose en son temps »*, souvent l'alcool en premier : *« C2 : d'abord l'alcool parce que j'ai quand même l'impression que c'est plus urgent ».*

La co-addiction avec le **cannabis** était également citée comme une situation compliquée à prendre en charge : *« C1 : c'est pas la peine d'essayer ».*

Le « RST 28 »

Connaissance du réseau

La plupart des médecins connaissait l'existence du réseau. Ils savaient en général qu'une prise en charge pluridisciplinaire était possible : *« A4 : il y a une prise en charge globale »* mais ils avaient peu de connaissances sur son fonctionnement : *« C2 : je crois que c'est sur le site [internet] du CESEL »* et très peu de médecins savaient que les patients pouvaient bénéficier de certaines prestations gratuites : *« D3 : je sais pas si c'est encore d'actualité mais à l'époque y avait des consultations gratuites »,* « C1 : Ça [les possibilités offertes par le réseau], ça va s'adresser à des gens qui ont (...) de l'argent».

Certains médecins regrettaient un manque d'informations *: « C4 : le réseau pêche peut-être par une carence d'informations ».* Deux participants (C2 et D5) recevaient régulièrement de l'information de la part du réseau : *« C2 : j'ai l'impression d'être à peu près au courant de ce qui se passe »* ainsi que des plaquettes à distribuer aux patients : « C2 : quand je reçois les invitations, à chaque fois, il y a cinq ou dix plaquettes dans l'enveloppe ».

Utilisation du réseau

Un grand nombre de médecins adressaient des patients aux tabacologues du réseau : « *B6 : j'adresse volontiers au Docteur Bachelier »* parfois sans en être vraiment conscient : *« C2 : j'envoie assez facilement à Catherine Roué donc finalement j'utilise le réseau... »*. Quelques médecins disaient ne pas y penser : *« B5 : pour le tabac je n'y ai pas vraiment pensé ».*

Certains adressaient les patients les plus motivés *« C4 : quand la personne est motivée, je lui conseille fortement la consultation [de tabacologie] »* mais la grande majorité adressait les patients qu'ils jugeaient les plus compliqués à prendre en charge : *« B4 : on lui envoie souvent les patients les plus difficiles »* c'est-à-dire les fumeurs très dépendants : *« le vrai dépendant épanoui »* et les co-addictions : *« C2 : quand y a du cannabis, je lui envoie ».*

Les freins à l'utilisation du réseau et plus particulièrement aux possibilités offertes sur l'hôpital, en dehors du manque d'informations cité par certains médecins, étaient : l'éloignement géographique : *« D4 : les patients ne se déplacent pas aussi facilement que ça »* et les horaires *: « D5 : le problème (...) c'est que toutes les réunions sont plutôt aux heures de bureau ».*

L'avenir du réseau

Les médecins aimeraient que le réseau se développe : *« A1 : il faudrait surtout qu'il y ait une antenne à Châteaudun »* même si quelques-uns étaient plus pessimistes *: « A3 : il n'y a plus de sous dans les réseaux actuellement (...) les réseaux n'existeront plus dans quelques années ».*

La formation

Les attentes

Certains médecins ont fait la formation car ils se sentaient en difficulté par rapport au sevrage tabagique : *« D3 : on a plus d'échecs que de réussites quand même donc je trouvais que c'était intéressant de comprendre pourquoi, ce qui n'allait pas dans ce que je faisais », « A4 : pour avoir plus d'armes ».* D'autres en attendaient plus spécifiquement des connaissances sur l'utilisation des traitements : *« C1 : j' m'attendais juste à apprendre à manier les patchs ».* Un médecin disait en attendre de la motivation : *« B2 : un peu de motivation ».*

Le ressenti des participants sur la formation

Les médecins trouvaient que la formation était intéressante : *« A4 : c'était intéressant la formation »* et utile : *« B6 : ça m'a permis d'être plus à l'aise »*. Un participant (B3) avait nuancé l'utilité de la formation le concernant et avait dit lorsqu'il s'était présenté : *« j'ai pas l'impression que ce que j'ai (...) acquis avec Bachelier m'a aidé ou m'aide. Un petit peu mais pas énormément ».* Cependant, lors de la conclusion, il disait aussi *: « y a un côté positif (...) ça apporte une certaine aisance par rapport au sujet ».*

Certains médecins trouvaient qu'il était difficile de mettre en pratique ce qui avait été appris : *« D5 : après sur le terrain, c'est beaucoup plus difficile ».*

Apports de la formation selon les participants

Certains participants disaient que la formation leur avait apporté de la motivation : *« D2 : ça m'a donné aussi envie de m'y intéresser un peu plus ».* Beaucoup de médecins ont appris à aborder de façon différente la question du tabac avec leurs patients : *« B4 : c'est quelque chose que je mettais toujours dans le négatif », « C3 : la formation m'a appris beaucoup de petits détails pratiques, en fait, sur la façon d'aborder le sevrage du tabac ».* Ils faisaient également revenir plus facilement les patients pour une consultation dédiée : *« B5 : De la formation, ce qui me sert bien (...) je leur dis : il faut revenir, il faut que vous soyez motivé et voilà, ça ne se fait pas entre deux portes ».*

Ils utilisaient en consultation les explications qui leur avaient été données sur la physiopathologie du tabagisme : *« D2 : ça nous a permis de comprendre le fonctionnement de la dépendance, le fonctionnement de l'addiction etc... ».*

Les participants connaissaient les différents traitements avant d'assister à la formation : *« A1 : les traitement, on les connaissait »* mais ils ont appris à les utiliser de façon plus optimale : *« D2 : c'est plutôt le maniement des substituts qui n'était pas très clair dans ma tête et donc ça a été plus simple ».*

Certains ont également appris à anticiper et à gérer une éventuelle rechute : *« C1 : la recherche des situations à risque de rechute, ça c'est aussi un truc que j'ai appris à la formation », « C4 : il nous avait un peu dit qu'il fallait dédramatiser la rechute »* et à organiser un suivi : *« D3 : j'en ai gardé (...) la chronologie des consultations ».*

Quelques médecins ont connu le réseau RST 28 grâce à la formation : *« A4 : ça m'a apporté le fait qu'il y avait le réseau qui existait ».*

Les difficultés encore existantes

Lorsqu'on leur posait la question, les réponses étaient variables selon les participants. Les points qui ont été cités étaient : la gestion de la prise de poids : *« B4 : la prise en charge de la prise de poids, qui est un problème qui revient »*, les co-dépendances : *« D3 : c'est vraiment les poly-addictions »*, le tabagisme chez l'adolescent : *« D1 : je trouve que le plus difficile, c'est les ados »,* le manque de connaissances sur la cigarette électronique : *« C3 : la cigarette électronique, je sais même pas ce que c'est »*, la prévention des rechutes : *« C3 : je ne pense pas à les alerter sur les risques de rechute »* et la mauvaise utilisation du réseau : *« C2 : de me souvenir que le réseau existe...et de ne pas assez l'utiliser ».*

La nécessité de rappels

Une grande partie des participants aimerait avoir des rappels sur la formation : *« D4 : il faut des piqûres de rappel »* et certains ont trouvé que le focus group avait eu ce rôle : *« C4 : ce focus group a eu l'intérêt de ma rappeler certaines choses, c'est positif, c'est presque une formation continue ».*

Un médecin avait eu l'occasion d'assister à une réunion de groupe avec le Docteur Bachelier et trouvait que cela lui avait permis de compléter la formation : *« A3 : J'ai eu la chance d'assister à une réunion de groupe avec lui (...) Quand on fait une formation comme ça, c'est pas mal d'assister, de participer, de voir comment ils s'y prennent. Et c'est complètement différent de l'enseignement qu'il a pu nous donner qui était très théorique, où on est quand même assez passif… »*

DISCUSSION

L'objectif principal de ce travail était d'explorer le ressenti de médecins généralistes sur l'impact d'une formation au sevrage tabagique dans leur pratique. Cette étude qualitative par Focus group a étudié leur pratique du sevrage tabagique, l'utilisation des connaissances acquises ainsi que leurs opinions sur la formation.

Sur la méthode

Selon le code de santé publique, la FMC a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux être des patients notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique (art. L. 4133 nouvelle partie législative). Il existe plusieurs façons d'évaluer une FMC. Un chercheur américain, Donald Kirkpatrick, professeur à l'université de Wisconsin, a mis au point et publié en 1959, une classification de l'évaluation des formations professionnelles [9]. Elle consiste à établir quatre niveaux d'évaluation. Cette méthode a été adaptée pour l'évaluation des FMC depuis une trentaine d'années [10].

- L'évaluation de niveau 1 évalue le niveau de satisfaction des participants à l'issue de la formation. Il s'agit le plus souvent d'un questionnaire de satisfaction globale. Il est théoriquement indépendant du contenu de la formation.
- L'évaluation de niveau 2 a pour objectif de comparer les connaissances acquises à l'issue de la formation par rapport à celles préexistantes. Elles sont comparées grâce à un même questionnaire rempli avant et après la formation. Cela permet de tester l'efficacité immédiate du séminaire.
- L'évaluation de niveau 3, beaucoup plus compliquée à organiser et peu fréquemment faite en pratique, consiste en une enquête sur les modifications des pratiques des participants, réalisée à distance de la formation.
- Enfin, l'évaluation de niveau 4 mesurerait l'impact éventuel de la formation sur l'état de santé des patients. C'est une évaluation très lourde, complexe et coûteuse, et très rarement mise en œuvre en pratique.

Les résultats de chaque niveau d'évaluation servent de base pour l'élaboration du niveau suivant et chaque niveau supérieur représente une mesure plus pertinente et rigoureuse de l'efficacité de la FMC. L'idéal pour évaluer l'efficacité d'une FMC serait d'évaluer les quatre niveaux à la fois.

En ce qui concerne ce travail, il s'agissait avant tout d'étudier à distance le vécu et les attitudes des médecins généralistes suite à la formation proposée par le RST 28. Cette étude se situe donc à la fois dans une évaluation de niveau 1 et 3 d'où le choix de la méthode du Focus group, apparue comme particulièrement pertinente. Cette méthode est en effet idéale pour étudier la variété des opinions et sentiments sur un sujet donné, mettre en évidence des convergences ou des différences de perspectives entre des groupes d'individus, faire émerger ou tester des idées nouvelles au sein d'un groupe. Tout ce qui a de la valeur pour les participants est abordé, comparé et confronté. Tout est « valide » : même une seule idée minoritaire est « vraie ».

Cependant, cette étude a montré des limites qui résultent principalement des aspects négatifs de l'interaction de groupe. Il a pu y avoir un meneur qui s'est détaché dans le groupe et qui en prenant la parole plus facilement faisait avancer le débat mais il empêchait parfois certains médecins plus timides de s'exprimer pleinement. Les focus groups peuvent également induire des réticences à exprimer des idées personnelles et il peut se dégager des normes de groupe, sources de blocage [11]. Une triangulation avec des entretiens semi-dirigés aurait renforcé les résultats.

L'analyse des données est longue et les résultats d'une étude par focus group ne peuvent pas être généralisés, ni utilisés pour un consensus, car le groupe n'a pas été constitué dans un but de représentativité d'une population source [11] [12].

Le recrutement des médecins pour réaliser cette étude a été difficile car peu ont répondu aux appels téléphoniques et la plupart ne souhaitait pas participer à une réunion le soir après leur travail. Sur les 59 médecins généralistes formés, nous avons tout de même pu convaincre 19 médecins de participer soit un tiers de la population ciblée. Il n'a pas été possible de réaliser un cinquième focus group pour vérifier la saturation des données car tous les médecins formés avaient été contactés. On peut également penser que les médecins qui ont accepté de participer étaient certainement les plus motivés par le sujet et les plus satisfaits de la formation ce qui constitue un biais de recrutement difficilement évitable.

Le choix d'un animateur médecin et qui se présentait comme tel, peut entraîner un risque de retenue potentielle, car le médecin interrogé peut se sentir jugé par son pair et peut hésiter à parler de situations difficiles et délicates. Avant de débuter, je n'avais pas d'expérience d'animation de groupe. J'avais déjà participé à un focus group en tant que participante et j'avais donc un aperçu du déroulement de ces entretiens de groupe. Je me suis sentie plus à l'aise dans ce rôle au fur et à mesure des séances mais une plus grande expérience aurait peut-être conduit à une meilleure répartition des prises de parole des participants, une meilleure gestion des participants dominants et une meilleure stimulation des participants discrets. Cependant, cette expérience s'est avérée très enrichissante et m'a permis de m'imprégner tout particulièrement du verbatim et de m'impliquer dans mon travail dès le recueil des données.

Les focus groups ont duré de 55 à 102 minutes. Une durée inférieure n'aurait pas permis aux participants de s'exprimer sur toutes les questions mais au-delà d'une heure et quart environ, la fatigue se faisait sentir et la concentration des participants se dégradait et favorisait les digressions. Certains participants se connaissaient avant les entretiens, ce qui a facilité les échanges.

Les faits d'actualité concomitants des focus groups ont influencé les participants. Les risques liés à l'association tabac et pilule oestro-progestative ont été évoqués dans plusieurs groupes. Ils ont été mis en relation avec la diffusion médiatique de la connaissance d'un risque thrombo-embolique plus élevé avec les pilules oestro-progestatives de troisième et de quatrième génération. Les participants de plusieurs groupes ont également parlé de la cigarette électronique récemment mise en avant par les médias suite à la publication d'un rapport par l'OFT [13].

Sur les résultats

Les données de la littérature portant sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'aide au sevrage tabagique sont nombreuses et permettent d'identifier quatre types de facteurs : des facteurs liés aux patients (âge, personnalité, motivation, stade décisionnel...)[14][15], des facteurs liés au médecin (connaissances, expérience professionnelle, statut tabagique du médecin, motivation, ...) [7][16][17][18], des facteurs liés à la relation médecin-patient (place de l'abord du tabagisme dans la consultation, vécu de la rechute d'un patient et/ou de la fin inopinée d'un suivi...) [19][20][21] et des facteurs extérieurs (le manque de temps, la politique de santé publique, le coût du sevrage, la possibilité de recours à d'autres professionnels...) [22]. Pourtant, les médecins généralistes occupent une place privilégiée car ils sont généralement le premier recours des patients et peuvent donc agir plus rapidement dans les parcours des fumeurs [23]. Les participants de notre étude évoquaient en effet la plupart de ces difficultés et la majorité avait souhaité se former pour essayer de les surmonter.

Plusieurs études ont montré que la formation était utile et favorisait l'implication et l'efficacité des médecins en ce qui concerne le sevrage tabagique. Ainsi, les médecins formés : conseillent plus souvent l'arrêt, initient plus de sevrages, assurent plus de suivis, donnent plus de brochures et prescrivent plus de substituts nicotiniques que leurs collègues non formés [3][4][24][25][26]. L'étude de P. Cnockaert, qui passe en revue les résistances psychologiques principales qui peuvent être source d'inconfort et de perte d'efficacité pour les médecins généralistes qui ont en consultation des patients tabagiques, conclut à : la légitimité de proposer des consultations spécifiques centrées sur le problème de la consommation de tabac, l'importance de créer un cadre où le médecin se sente à l'aise ce qui légitimise le recours à des médicaments efficaces, l'importance d'une verbalisation des vécus et la nécessité de s'adapter au stade où se

trouve le patient en employant le modèle de Prochaska et Di Clemente [27]. La formation proposée par le RST 28 reprend tous ces points, notamment le niveau 1 [Annexe 1] qui a été suivi par tous les médecins de notre étude, en dehors de C3.

Dans notre étude, tous les médecins étaient globalement satisfaits de la formation et disaient se sentir plus à l'aise dans leur pratique du sevrage tabagique. Depuis la formation, ils hésitaient moins à proposer une consultation dédiée et ainsi, ils prenaient le temps nécessaire pour faire verbaliser le patient sur son tabagisme sans le culpabiliser. Ils accordaient également de l'importance à l'histoire tabagique du patient. Ils se sentaient aussi plus à l'aise pour expliquer les mécanismes de la dépendance aux patients et ces connaissances leur permettaient ainsi de mieux accompagner le sevrage tabagique.

L'impact de la formation semble particulièrement bénéfique en ce qui concerne l'utilisation des traitements et notamment des substituts nicotiniques (patchs et/ou gommes et comprimés, l'inhaleur pour un participant), sujet abordé lors des 3 niveaux de formation. Ils étaient prescrits en première intention par tous les médecins, comme le préconisent les recommandations de l'AFSSAPS datant de 2003 [28]. Ils n'hésitaient plus à augmenter les doses, donnaient des conseils pertinents notamment sur l'utilisation des patchs (possibilité de les couper ou d'en mettre plusieurs si nécessaire, signes de sur et sous-dosage, durée d'utilisation...) et pouvaient associer les patchs aux formes orales, ce qui améliore l'efficacité du traitement substitutif [29]. Les médecins participants semblaient donc tout à fait compétents dans ce domaine en utilisant des doses suffisantes de nicotine. La détermination initiale du dosage leur semblait plus compliquée à évaluer et peu utilisaient le test de Fagerstrom dans ce sens. La varénicline était plutôt prescrite en deuxième intention, pour ceux qui la prescrivaient, conformément à l'avis de la HAS datant de 2009 [30]. Le test HAD était peu utilisé mais ils prescrivaient régulièrement des anxiolytiques au cours du sevrage tabagique si cela leur semblait nécessaire.

L'impact de la formation semble moins important sur d'autres points. En effet, une bonne identification du statut de fumeur permet d'augmenter les taux de sevrage tabagique [31]. Cependant, dans notre étude, les fumeurs n'étaient pas toujours clairement identifiés et le statut tabagique du patient n'était pas toujours noté dans le dossier médical. La HAS recommande également de « classer » chaque fumeur dans un des cinq grands stades de changement décrits par Prochaska afin d'adapter au mieux la prise en charge [32]. Les participants qui utilisaient le cycle de Prochaska y trouvaient un réel bénéfice mais d'autres ne se souvenaient pas du concept ou alors le trouvaient trop théorique.

La pratique du « conseil minimal » restait également peu connue. Peu de médecins abordaient la question du tabagisme de manière systématique, en dehors des situations où elle était abordée de manière plus évidente telles que par exemple la grossesse, le renouvellement du traitement anti-hypertenseur, la prescription d'une

contraception orale. Pourtant, il a été démontré qu'un conseil rapide systématique d'arrêt du tabac donné par un médecin de famille entraine une augmentation de 2% des sevrages à long terme par an auprès de sa patientèle de fumeurs. Appliqué au niveau national, ces 2% représentent 75000 arrêts supplémentaires par an [33]. Le conseil minimal est également la méthode la plus efficace en terme de coût [34]. Mais son efficacité repose sur le caractère systématique de son application [35]. Il faut noter également que moins de la moitié des médecins déclarait utiliser des brochures alors que la distribution de brochure seule sans aucun autre accompagnement entraîne déjà une augmentation des sevrages [36].

Enfin, certains médecins considéraient le peak-flow et la cigarette électronique comme des outils de sevrage tabagique alors qu'ils n'ont jamais été présentés comme tels lors de la formation. Le peak-flow est un outil de suivi de l'asthme et peut être utilisé pour dépister la BPCO. En ce qui concerne la cigarette électronique, le sujet a été évoqué lors des dernières cessions de formation de niveau 3 donc seuls les derniers médecins formés en avaient entendu parler dans ce cadre. Les autres participants, qui étaient majoritaires, étaient surtout informés par le biais de leurs patients et de l'expérience de ces derniers.

La plus grosse difficulté exprimée par les médecins de notre étude était l'organisation du suivi. Ils étaient tous conscients de son caractère indispensable pendant plusieurs mois (recommandation de grade A dans les recommandations de l'AFSSAPS de 2003 [28]) mais un bon nombre de patients ne revenait pas pour les consultations suivantes, ce qui avait tendance à les décourager et à faire diminuer leur motivation pour prendre en charge les sevrages tabagiques. Pour faciliter l'organisation du suivi, certains médecins donnaient le rendez-vous suivant immédiatement au patient mais ce n'était pas possible pour tous selon l'organisation du secrétariat. Les participants se décrivaient plus empathiques que culpabilisants. On peut donc penser que ce n'était pas par crainte du médecin que les patients ne revenaient pas. On pourrait se demander si un meilleur repérage des patients « vraiment prêts » pour le sevrage permettrait d'améliorer ce point. Cependant, les difficultés du suivi avec des patients perdus de vus existent également dans les consultations spécialisées de Tabacologie.

Les autres difficultés évoquées étaient plus ponctuelles et avaient moins d'impact sur leur motivation. On retrouvait la gestion de la prise de poids mais aussi la gestion de la réticence du patient à arrêter de fumer par crainte de la prise de poids. La formation leur avait permis de comprendre le mécanisme de la prise de poids afin d'informer au mieux les patients inquiets. Les conseils qu'ils donnaient à ce sujet portaient sur la surveillance de l'alimentation et l'augmentation de l'activité physique. Ils n'ont pas évoqué le rôle des substituts nicotiniques dans le contrôle de la prise de poids. L'irritabilité est un signe de manque que l'on peut traiter en réajustant la substitution nicotinique [28]. Cet aspect n'a pas non plus été abordé par les participants qui en parlaient pourtant comme une conséquence gênante pour le patient en cours de sevrage tabagique. Certaines situations particulières leur semblaient plus compliquées à gérer

comme la tabagisme chez les patients en grande précarité, les poly-addictions (alcool, cannabis) où ils adressaient plus facilement à des centres spécialisés, et le tabagisme chez les adolescents qu'ils associaient volontiers à la consommation de cannabis. Malgré la large évocation de leurs difficultés avec les adolescents, la prévention n'a été abordée que dans le dernier groupe et de façon plutôt succincte, ce qui ne nous permet pas de conclure sur ce sujet. C'est un élément qui est apparu spontanément. Il ne faisait pas partie de la trame d'entretien car il n'avait pas été abordé durant la formation.

Enfin, cette étude a mis en évidence un paradoxe. En effet, beaucoup de médecins disaient qu'une prise en charge pluridisciplinaire était souhaitable dans la conduite du sevrage tabagique. Cependant, ils étaient très peu à utiliser pleinement les possibilités offertes par le RST 28. Certains adressaient leurs patients à des médecins du réseau sans vraiment savoir qu'ils utilisaient le réseau de cette manière. Ils exprimaient des difficultés dans la prise en charge de la prise de poids mais n'avaient pas toujours le réflexe d'adresser à une diététicienne. Ils évoquaient parfois le coût élevé d'une prise en charge par plusieurs professionnels de santé mais ne savaient pas que le réseau offrait certaines possibilités entièrement gratuites pour le patient : trois consultations individuelles ainsi qu'une séance de groupe avec une diététicienne, une prise en charge psychologique avec un illimité de consultations ainsi que deux séances par mois de relaxation en groupe. Une des raisons évoquées de cette mauvaise utilisation était l'éloignement géographique mais on s'aperçoit que les médecins exerçant à Chartres n'utilisaient pas plus ces possibilités. Ils connaissaient l'existence du RST 28 mais ne connaissaient pas son fonctionnement. Plusieurs médecins disaient qu'ils aimeraient avoir un testeur de CO pour optimiser leur prise en charge mais qu'ils en trouvaient le coût élevé. Le réseau offre la possibilité d'obtenir un testeur de CO gratuitement. Il faut pour cela avoir suivi les 3 niveaux de formation ou être tabacologue. Pourtant, le RST 28 était présenté lors de chaque soirée de formation. Cette méconnaissance est dommageable car travailler en réseau de santé permet de renforcer la compétence, de rompre la solitude du praticien et son sentiment d'échec [37].

L'impression générale des participants en ce qui concerne l'impact de la formation sur leur pratique du sevrage tabagique était positive malgré les difficultés évoquées. Ils étaient demandeurs de formations complémentaires ou tout du moins de rappels réguliers sur le sujet pour entretenir ou leur redonner la motivation et les connaissances nécessaires à une prise en charge optimale du sevrage tabagique. Un participant avait même suivi deux fois les formations de niveau 1 et 2, un autre regrettait qu'il n'y ait pas de niveau 4. Il a été démontré que des programmes de formation utilisant l'influence des pairs et employant une pédagogie interactive permettent d'obtenir des changements de comportement professionnel [38]. La formation proposée par le RST 28 est effectuée par un médecin généraliste tabacologue et une soirée est consacrée à l'étude de cas cliniques. Pour améliorer l'impact de cette formation, des jeux de rôle pourraient être proposés aux participants afin de se mettre dans des conditions les plus « réelles » possibles. Enfin, il faudrait proposer à tous les

participants des rappels via le réseau et leur fournir de façon régulière des plaquettes à distribuer aux patients avec des informations sur les possibilités offertes. Cela semble être déjà le cas pour certains mais pas pour la majorité.

Si l'on reprend les différents facteurs expliquant les difficultés rencontrées par les médecins généralistes sur l'aide au sevrage tabagique, nous comprenons que la formation peut principalement jouer sur les facteurs liés au médecin et à la relation médecin-patient. Elle peut également aider le médecin à prendre en compte différemment les facteurs liés aux patients (par exemple, à adapter son discours en fonction de l'âge ou de la motivation du patient...). Cependant, persisteront toujours des difficultés liées aux facteurs extérieurs. La formation permet tout de même d'augmenter la motivation du médecin qui pourrait avoir tendance à se décourager devant ces difficultés, comme cela a été évoqué par certains dans notre étude.

CONCLUSION

La FMC a pour objectif de perfectionner les connaissances du médecin et ainsi d'améliorer la qualité des soins et le mieux être des patients notamment dans le domaine de la prévention, tout en tenant compte des priorités de santé publique.

Cette étude a permis d'évaluer le vécu, le ressenti et les attitudes des médecins généralistes concernant la FMC proposée par le RST 28 et de mettre en évidence les changements intervenus dans leur pratique du sevrage tabagique.

Les médecins ont trouvé cette formation utile et intéressante. Ils ont perçu des modifications dans leur façon d'aborder le tabac et y consacraient un temps plus important lors de consultations dédiées où la verbalisation du patient sur son tabagisme tenait une place importante. L'impact positif de la formation était évident dans la prise en charge thérapeutique du sevrage tabagique avec notamment une très bonne utilisation des substituts nicotiniques. Cependant, ils évoquaient également des difficultés qui persistaient notamment sur l'organisation du suivi des patients et lors de la prise en charge de situations particulières (adolescents, contraception, poly-addictions...). Nous avons également mis en évidence des connaissances imparfaites du « conseil minimal » et de son impact ainsi que de la prise en charge de certains effets indésirables liés au sevrage tels que l'irritabilité et la constipation. Enfin, malgré le fait qu'une prise en charge pluridisciplinaire leur semblait souhaitable, ils n'utilisaient que très partiellement les possibilités offertes par le RST 28 en raison principalement d'un manque de connaissances sur le fonctionnement du réseau.

Les médecins formés étaient demandeurs de rappels réguliers pour parfaire leurs connaissances et entretenir leur motivation pour la prise en charge des sevrages tabagiques. La prise en compte de ces attentes et l'évaluation du ressenti des médecins généralistes devraient permettre d'améliorer la forme et le contenu de cette formation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Données disponibles sur le site : http://www.tabac-info-service.fr

2. Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Wilquin J.-L., Peretti-Watel P., « Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010 », BEH n°20-21, numéro spécial journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011, 230-233.

3. Stoebner-Delbarre A., Projet MG Tabac LR. Rapport final RNSP. Epidaure, 2001 : 32p.

4. Stoebner-Delbarre A., Slama K., Rijnoveanu A., Gourgou S., Sancho-Garnier H., Adra A., Changer les pratiques d'aide à l'arrêt du tabac des médecins généralistes : Résultats de l'étude contrôlée randomisée "MG Tabac LR". Réunion du GRELL, Montpellier, 18-21 mai 2004.

5. Cornuz J., Humair JP, Seematter L., Storianov R., Van Melle G., Stalder H. *et al.,* Efficacy of resident training in smoking cessation : a randomised controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. Ann intern Med 2002 ; 136 (6) : 429-37.

6. "International Tobacco Control", projet d'évaluation des politiques publiques de lutte antitabac, rapport national ITC France, Résulats de la deuxième vague, octobre 2011.
   Disponible sur : *http://*www.inpes.sante.fr/etudes/itc/pdf/ITC_rapport_FR_2.pdf

7. Gautier A., Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. INPES ; 2003. Disponible sur : *http://*www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf

8. Dansou A., Groussin L. et al., Abord et prise en charge du fumeur par 149 internes au CHRU de Tours. Revue des maladies respiratoires 2012;29;878-888.

9. Kirpatrick D., Evaluating training programs : The four levels. San Francisco, CA : Berret-Koehler, 1998.

10. Davis D.A., Taylor-Vaisey A., Two decades of Dixon : The question(s) of evaluating continuing education in the health professions. The journal of continuing education in the health profession 1997, 17: 207-213.

11. Moreau A., Dedianne M., Letrillart L., Legoaziou M.F., Laberere J., Terra J.L., S'approprier la méthode du focus group. La revue du praticien médecine générale. 2004 ;18;645.

12. Van Royen P., Peremans L., University of Antwerp. Department of general practice. Focus group discussions : a closer look at the method.

13. OFT, Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette, mai 2013.
Disponible sur : www.ofta-asso.fr/docatel/Rapport_e-cigarette_VF_1.pdf

14. Mowat D.L., Mercredy D., Lee F., Hajela R., Wilson R., Family physicians and smoking cessation. Survey of practices, opinions, and barriers. Can Farm Physician. 1996 oct;42:1946-51.

15. Young J.M., Ward J.E., Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practice : opinions, current practices, readiness to change and perceived barriers. Family Practice. 2001 janv ;18(1):14-20.

16. Coleman T., Wilson A., Anti-smoking advice in general practice consultations : general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. Br J Gen Pract. 1996 fev;46(403):87-91.

17. Tessier J.F., Rene L., Neijari C., Belougne D., Moulin J., Freour P., Attitudes and opinions of French general practitioners towards tobacco. Tob Control. 1993 sept;2(3):226-30.

18. Gautier A., Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES ; 2009.
Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/index.asp

19. Coleman T., Murphy E., Cheater F., Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke : a qualitative study. Br J Gen Pract. 2000 mars;50(452):207-10.

20. Stead M., Angus K., Holme I., Cohen D., Tait G., Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation : a multi-country litterature review. Br J Gen Pract. 2009 sept;59(566):682-90.

21. Vogt F., Hall S., Marteau TM., General practitioners' and family physicians' negative beliefs ans attitudes towards discussion smoking cessation with patients : a systematic review. Addiction. 2005;100(10):1423-31.

22. Sciolla M., Etude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille : vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique. Thèse : Médecine : Grenoble : 2012.

23. Underner M., Laforgue A.V., Chabaud F., Meurice J.C., Influence du tabagisme des médecins sur la pratique du « conseil minimal ». Enquête auprès de 369 médecins généralistes de la Vienne. Presse Med 2004 ;33 ;14 :927-9.

24. Vannobel R., Dépinoy D., Masure M., L'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale. Etude de pratique qualitative et prospective sur 24 patients. Exercer mars/avril 2006, n°77, 54-60.

25. Lancaster T., Silagy C., Fowler G., Training health professionals in smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Library. Oxford : Uptade Software, 2001 : 3.

26. Le Maitre B., Ratte S., Stoebner-Delbarre A., Sevrage tabagique. Des clés indispensables pour les praticiens. 2e éd. Mayenne : Doin, 2008, p165-168.

27. Cnockaert P., La cessation tabagique : expérience en médecine générale. Rev Med Brux 2003 ;4 : A 350-3.

28. AFSSAPS. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandation de bonne pratique. Paris, mai 2003. Disponible sur : http://superieur.deboeck.com/resource/extra/9782804102272/6.pdf

29. Piper et al,. A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies. Arch Gen Psychiatry. 2009 Nov;66(11):1253-62. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19884613

30. HAS, Commission de la transparence concernant la varénicline. Avis. juin 2009. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_818571/en/champix-ct-6677

31. Mc F. US public health service clinical practice guideline : treating tobacco use and dependance. Respiratory care. 2000 oct;45(10):1200.

32. HAS. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficience et prise en charge financière. janvier 2007. Disponible sur : http://www.treatobacco.net/fr/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/France%20treatment%20guidelines%20in%20French%202007.pdf

33. Raw M., McNeill A., West R., Smoking cessation guidelines for health professionals - A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Thorax. 1998 déc;53(Suppl 5):S1-S18.

34. Feenstra T.L., Hamberg-van Reenen H.H., Hoogenveen R.T., Rutten-van Mölken M.P.M.H., Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions : a dynamic modeling study. Value in health. 2005 mai;8(3):178-90.

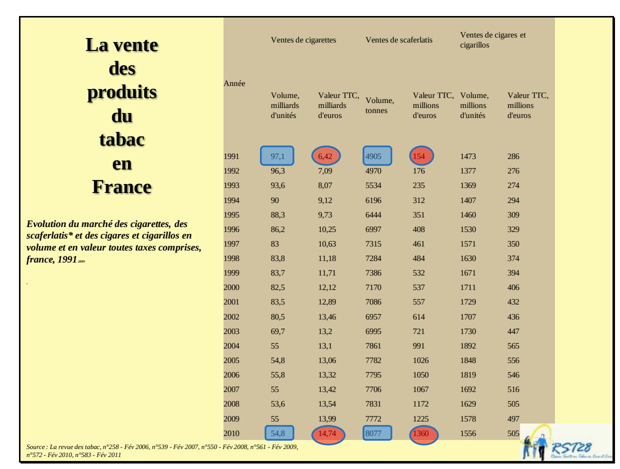
35. Slama K., Karsenty S., Hirsh A., French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation program for patients. Addiction. 1999 janv;94(1):125-32.

36. Lancaster T., Stead L.F., Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane review). In : The Cochrane Library, Oxford, Update Software, 2002, Issue 1 : 51 p.

37. Depinoy D., Tabac en ligne : une enquête du réseau ADDICA. Réseaux Respiratoire 2005 ;14 :14-5.

38. Stoebner-Delbarre A., Letourmy F., Quelles sont les mesures e santé publique à proposer ou à valider pour réduire le tabagisme féminin : rôles des professionnels de santé. J Gynecol Obstet Biol Reprod H série 2005.

Annexe 1 : Power-point de la formation de niveau 1



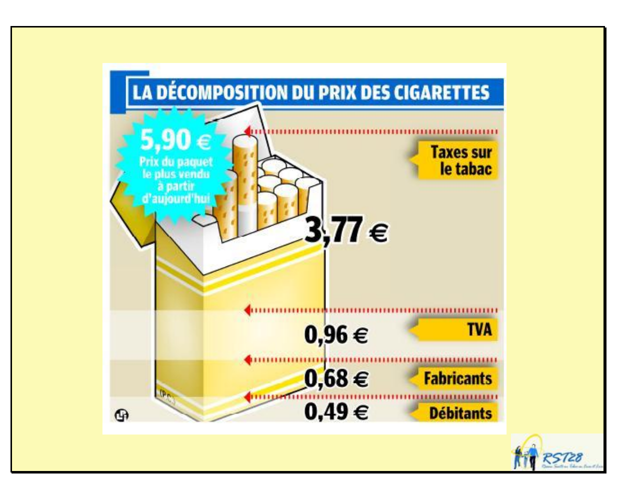
La vente des produits du tabac en France

Evolution du marché des cigarettes, des scaferlatis et des cigares et cigarillos en volume et en valeur toutes taxes comprises, france, 1991-2009*

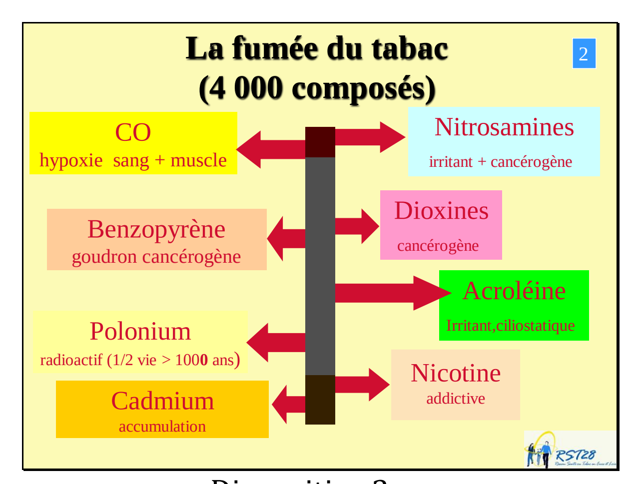
Année	Ventes de cigarettes		Ventes de scaferlatis		Ventes de cigares et cigarillos	
	Volume, milliards d'unités	Valeur TTC, milliards d'euros	Volume, tonnes	Valeur TTC, millions d'euros	Volume, millions d'unités	Valeur TTC, millions d'euros
1991	97,1	6,42	4905	154	1473	286
1992	96,3	7,09	4970	176	1377	276
1993	93,6	8,07	5534	235	1369	274
1994	90	9,12	6196	312	1407	294
1995	88,3	9,73	6444	351	1460	309
1996	86,2	10,25	6997	408	1530	329
1997	83	10,63	7315	461	1571	350
1998	83,8	11,18	7284	484	1630	374
1999	83,7	11,71	7386	532	1671	394
2000	82,5	12,12	7170	537	1711	406
2001	83,5	12,89	7086	557	1729	432
2002	80,5	13,46	6957	614	1707	436
2003	69,7	13,2	6995	721	1730	447
2004	55	13,1	7861	991	1892	565
2005	54,8	13,06	7782	1026	1848	556
2006	55,8	13,32	7795	1050	1819	546
2007	55	13,42	7706	1067	1692	516
2008	53,6	13,54	7831	1172	1629	505
2009	55	13,99	7772	1225	1578	497
2010	54,8	14,74	8077	1360	1556	505

Source : La revue des tabac, n°258 - Fév 2006, n°539 - Fév 2007, n°550 - Fév 2008, n°561 - Fév 2009, n°572 - Fév 2010, n°583 - Fév 2011

Diapositive 1



Diapositive 2

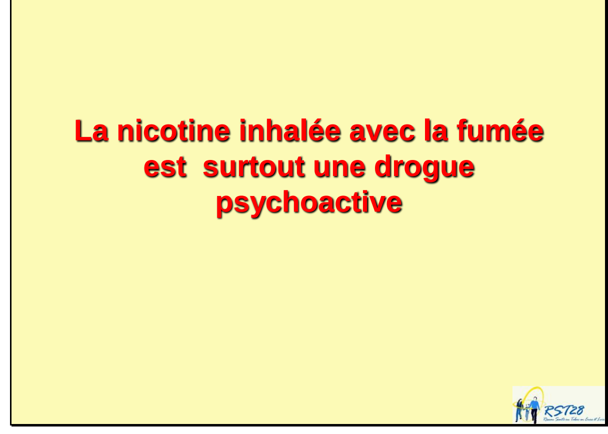


Diapositive 3

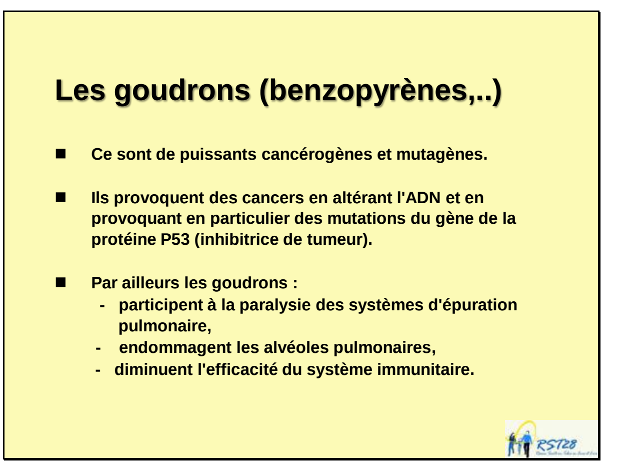
Nicotine inhalée

- **Son inhalation avec la fumée de cigarette provoque une vasoconstriction des artères coronaires, accélère le pouls et augmente la pression artérielle, augmente le débit cardiaque**
- ***ces effets ne sont observés que pour les 2 ou 3 premières cigarettes de la journée.* Ces effets cardio-vasculaires sont moindres ou absents quand la dose de nicotine est régulière (timbre, gomme).**
- **augmente la concentration sanguine en acides gras**
- **augmention l'adhésivité plaquettaire ce qui est un facteur de risque de thrombose artérielle.**
- **baisse le taux d'oestrogènes conduisant à une ménopause plus précoce et à une ostéoporose post ménopausique plus intense (risque fracturaire + + +).**

Diapositive 4



Diapositive 5



Diapositive 6

Le monoxyde de carbone (CO)

- **Lèse la cellule endothéliale des artères et génère l'athérosclérose,**
- **Majore les conséquences des sténoses des artères coronaires, en raison de l'hypoxie ...**
  → **accidents ischémiques,**
- **Se fixe à la place de l'oxygène sur la myoglobine du muscle (demi-vie : 6 heures)**
- **Se fixe 200 fois mieux à l'hémoglobine que l'oxygène, déplaçant l'oxygène de l'HbO2.**

Diapositive 7

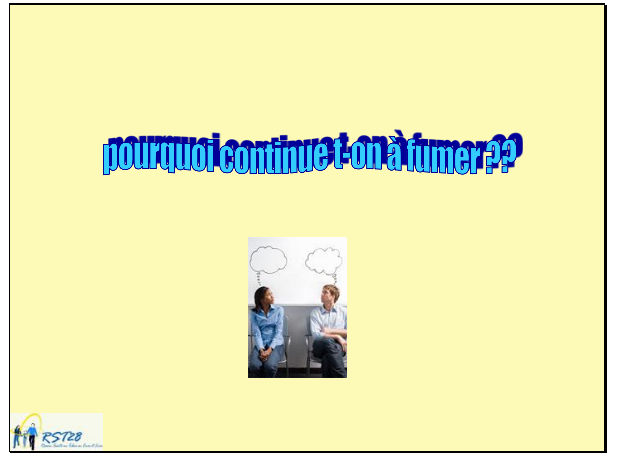
Ce qui est écrit sur le paquet n'est pas ce qu'il y a dedans ...

- Il n'y a pas de goudron dans la cigarette...
- Il y a en moyenne 2 mg de nicotine dans chaque cigarette même si il est indiqué 1 ou 0,2 mg sur le paquet.
- C'est dans la fumée que sont mesurés les contenus par cigarette, mais chacun fume à sa façon : le simple fait de boucher les aérations du filtre avec les doigts peut multiplier par 10 le taux de nicotine.

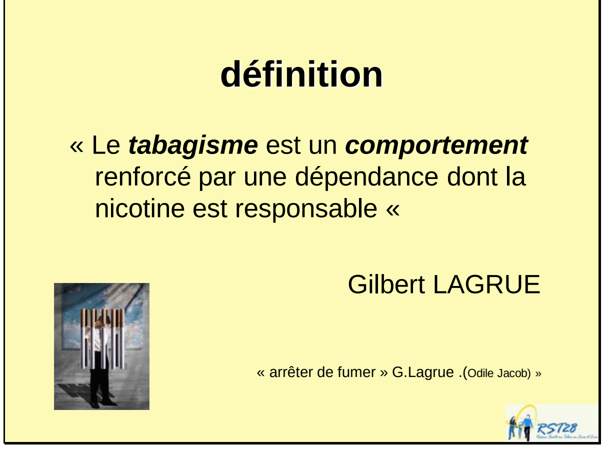
Source : Tobacco Control 1998



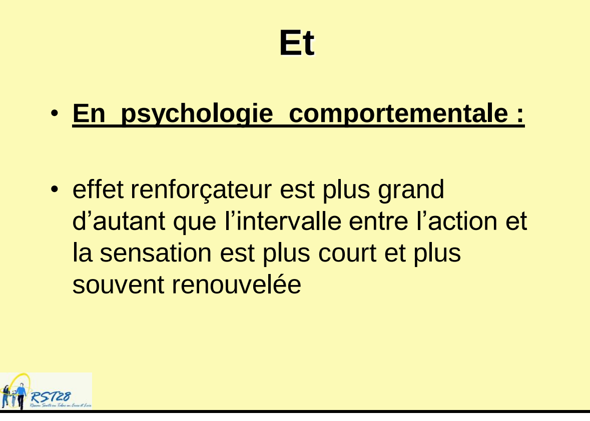
Diapositive 8



Diapositive 9



Diapositive 10



Diapositive 11

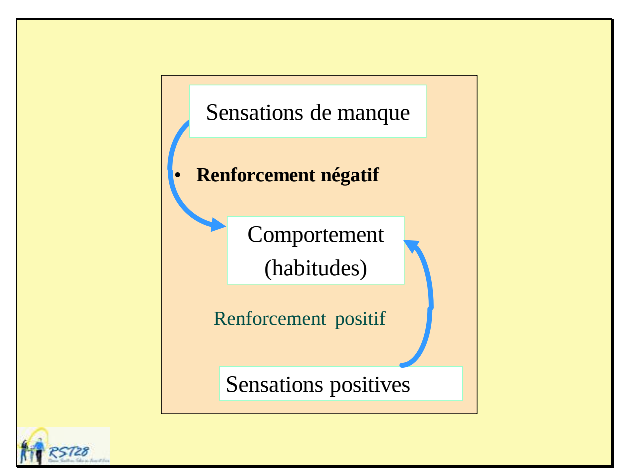
MAIS

- ***"Jamais la connaissance d'un risque n'a réussi à modifier un comportement"***
- 50% des patients qui ont fait un IDM reprenne le tabac dans les 6 mois…
- Médecin fumeur …

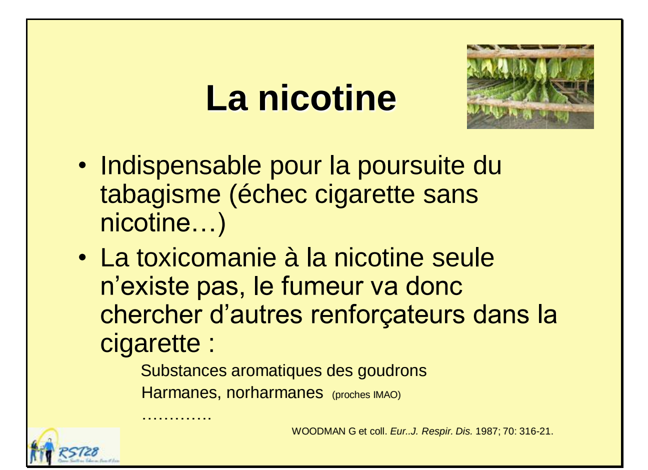
Surgeon général publié en 1988 "*Nicotine addiction*",



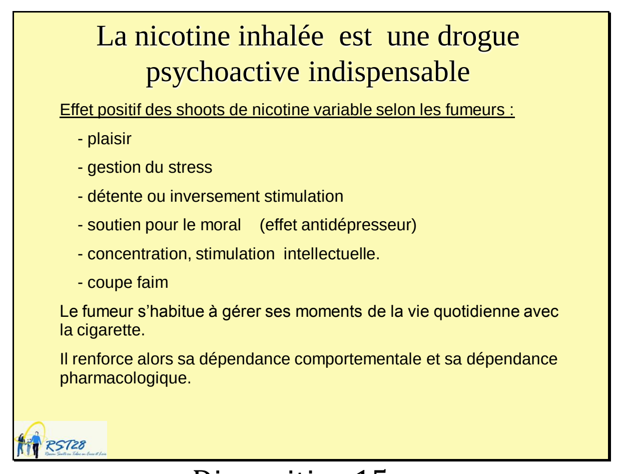
Diapositive 12



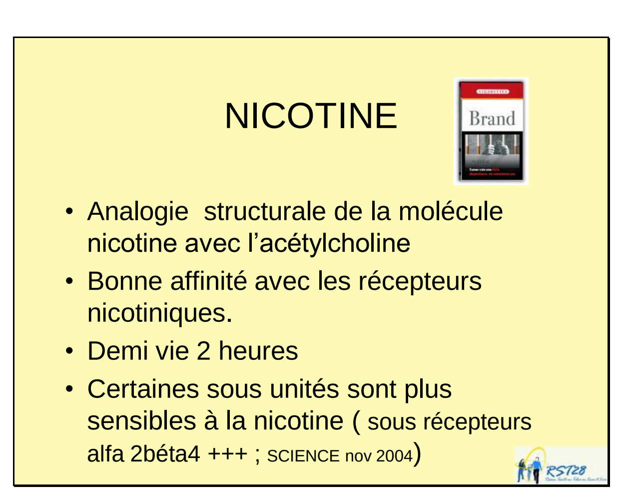
Diapositive 13



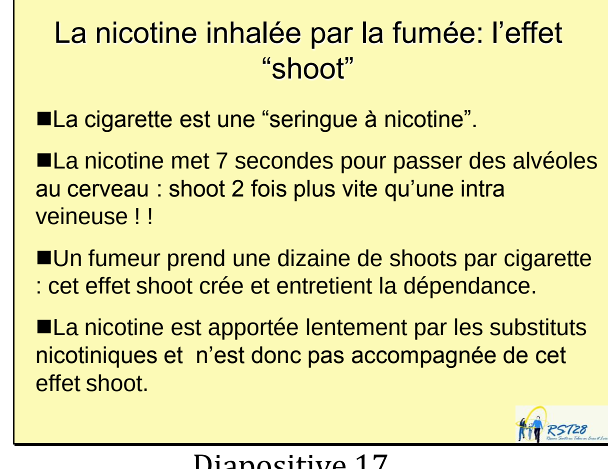
Diapositive 14



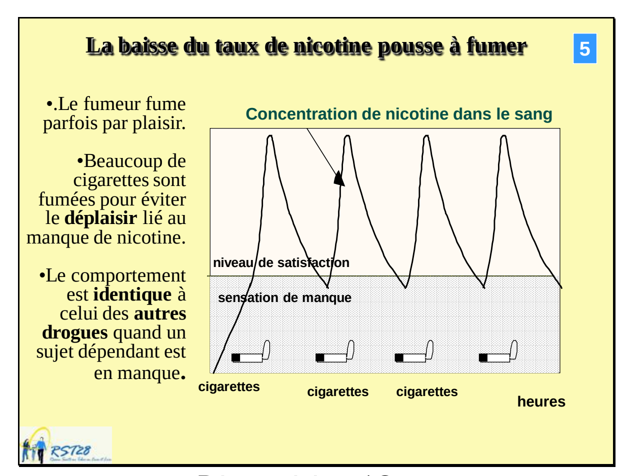
Diapositive 15



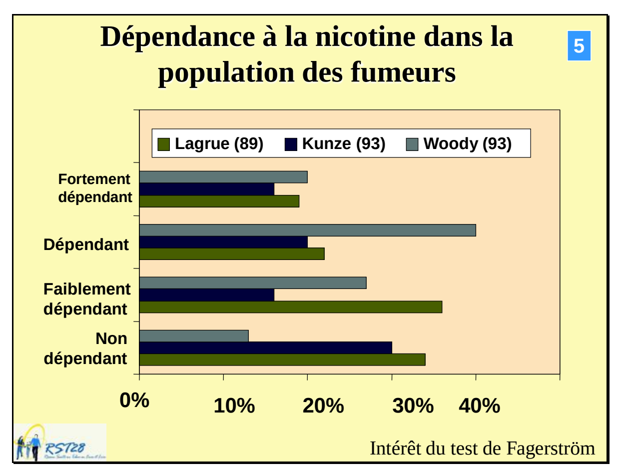
Diapositive 16



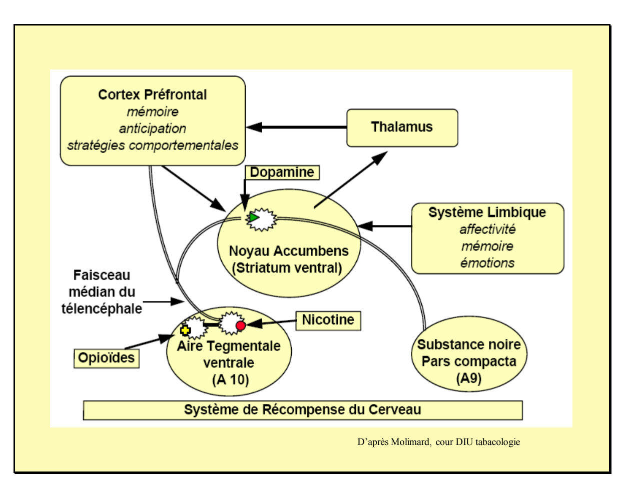
Diapositive 17



Diapositive 18



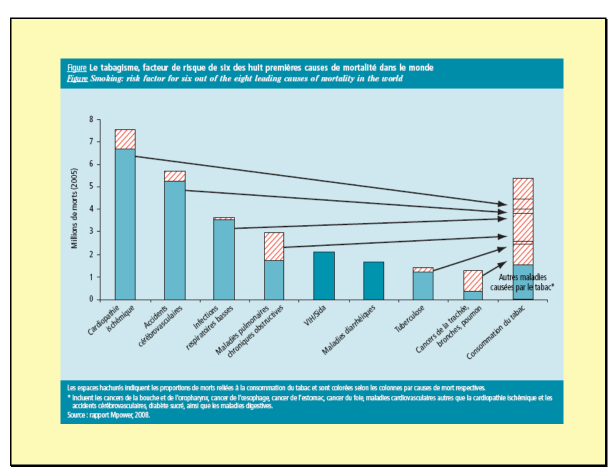
Diapositive 19



Diapositive 20



Diapositive 21

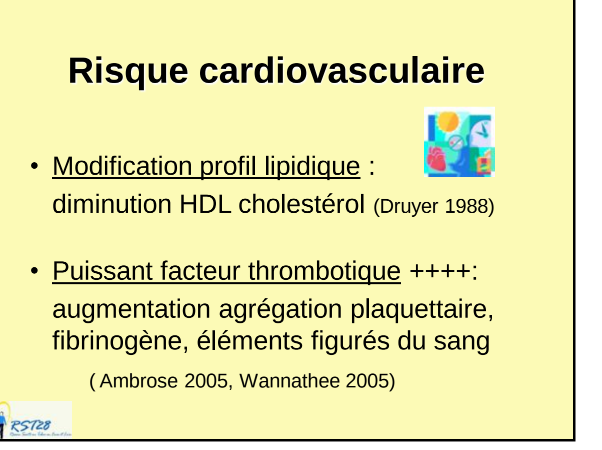


Diapositive 22

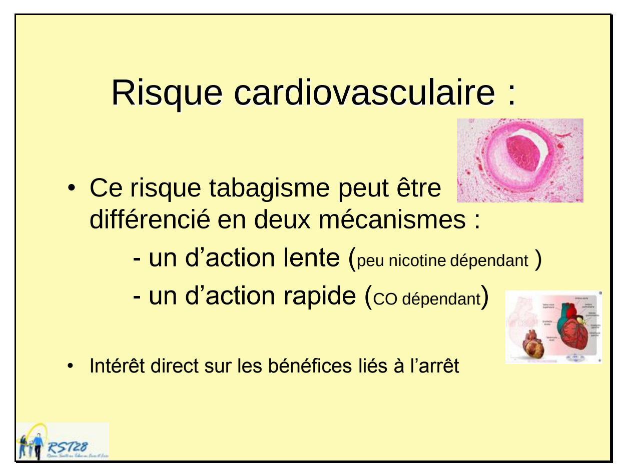
Risque cardiovasculaire

- Dysfonction endothéliale :
- diminution synthèse NO même à faible tabagisme (Puranik 2003)
- Inflammation : radicaux libres
  augmentation CRP, interleukine 6, TNF
- adhésivité monocytaire augmenté
  (Ambrose 2005)

Diapositive 23



Diapositive 24

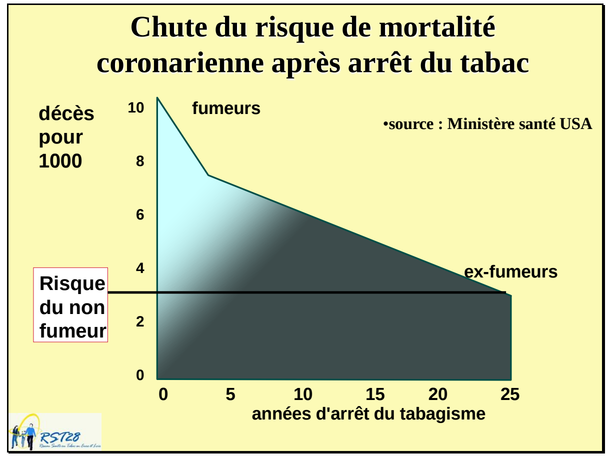


Diapositive 25

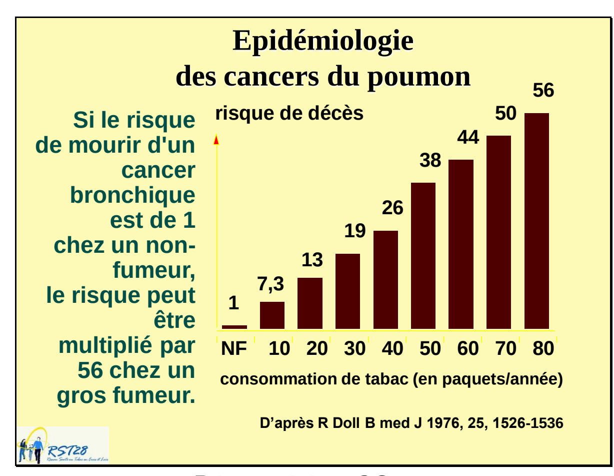
Mécanismes

- **LENT :**
  - Atteinte de la paroi par athérosclérose se construit lentement.
  - Responsable en particulier de l'angine de poitrine, artérite
- **RAPIDE :**
  - Atteinte artérielle liée à l'association spasme et thrombose qui peut s'installer en quelques heures
  - Responsable en particulier de la mort subite et de l'infarctus du myocarde (spasme)

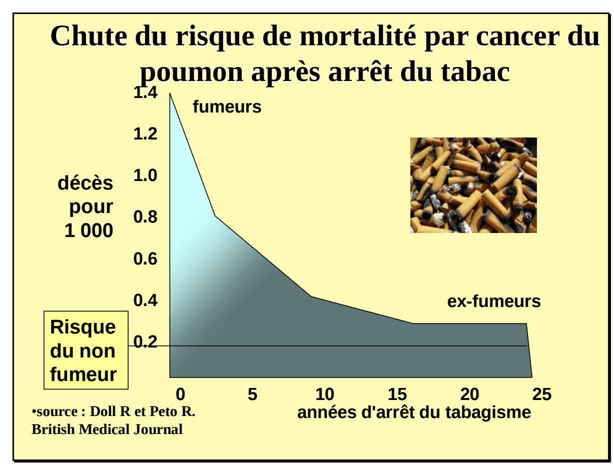
Diapositive 26



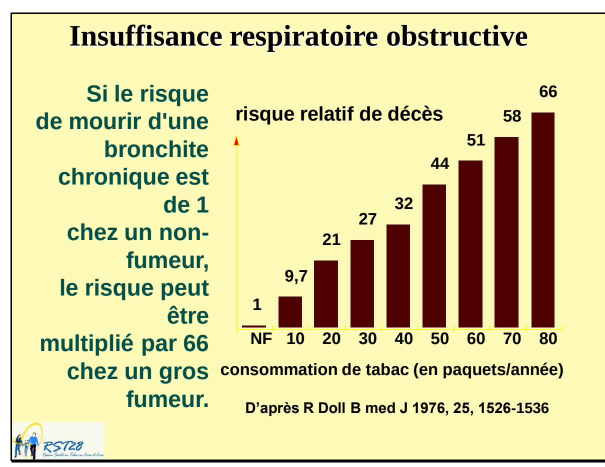
Diapositive 27



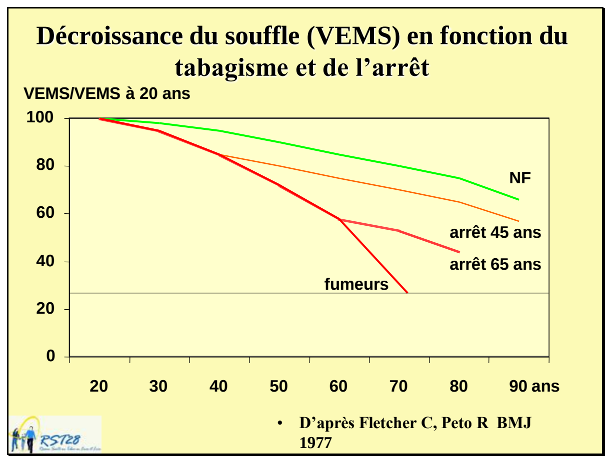
Diapositive 28



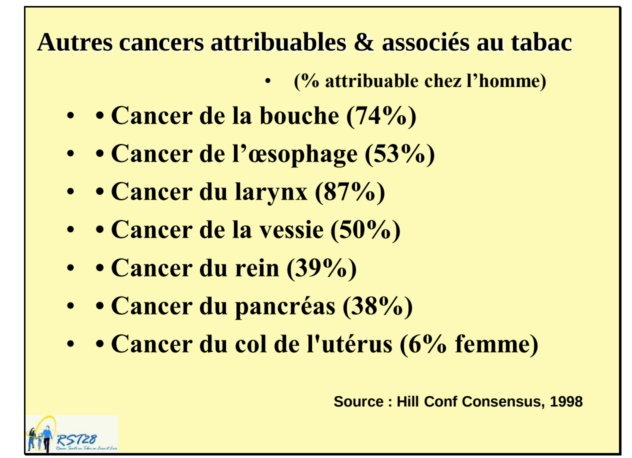
Diapositive 29



Diapositive 30



Diapositive 31



Diapositive 32

Effets du tabac sur la peau et la voix

- Le tabac altère les fibres élastiques de la peau.
- Les fibres élastiques sont plus grosses, moins longues et moins nombreuses dans la peau des fumeurs.
- La peau est plus précocement ridée.
- A l'arrêt du tabac le teint est très rapidement amélioré, la peau est moins grise.
- Le tabac rend la voix rauque, en particulier chez les femmes.
- Majoration des cas d'acné tardive

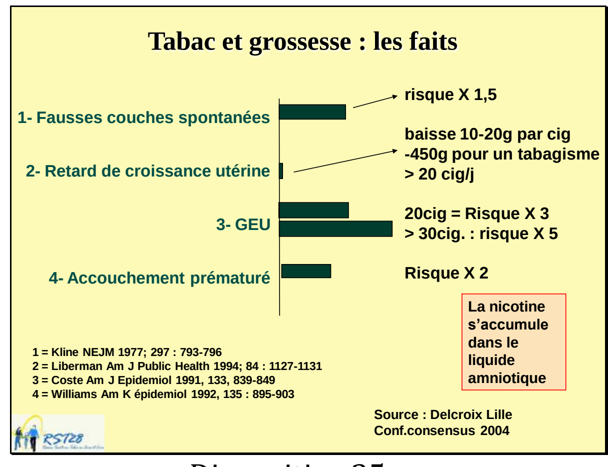
Diapositive 33

Effets du tabac sur la fertilité

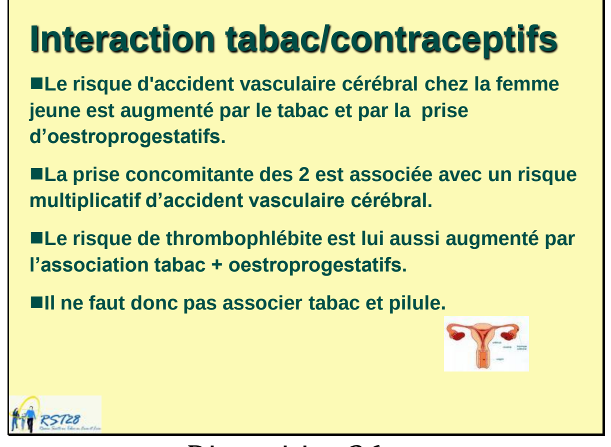
- <u>Chez l'homme</u> :
- La spermatogénèse est diminuée.
- Il existe un lien statistique entre impuissance d'origine vasculaire et tabagisme (80% des hommes impuissants sont fumeurs).
- <u>Chez la femme</u> :
- Il existe une diminution de la fertilité, un allongement du délai pour le début d'une grossesse à l'arrêt des contraceptifs.
- Mènopause plus précoce de 12 à 24 mois

D'après COLAU et Al. DIU tabacologie 2007

Diapositive 34



Diapositive 35



Diapositive 36

Tabagisme passif

Les preuves …





Diapositive 37

Effets nocifs sur l’enfant :

- Aggravation de l’asthme : augmentation intensité et fréquence des crises (+52 % si les deux parents fument)
- Augmentation des bronchites, des otites, des rhinopharyngites (++ si les deux parents fument)
- Augmentation du risque de mort subite du nourrisson



Diapositive 38

Effets cancérigènes chez l’adulte

- Exces de risque par rapport à une personne non exposée est de 26 % pour le cancer du poumon (relation dose-effet).
- métanalyse 40 études épidémiologiques

Tredaniel J, Savinelli F, Vignot S, Bousquet G, Le Maignan C, Misset JL.. The consequences of passive smoking in adults. Rev Mal Respir. 2006;23 Suppl 2:4S67-4S73

Diapositive 39

Risque maladie coronaire :



- ***étude prospective :***
- 7700 hommes.
- Évaluation de l’exposition au tabagisme passif par dosage de cotininémie
- Durée 20 ans
- Médecine générale

WHINCUP et al. : passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke : prospective study with cotinine measurement
BMJ 2004 ; 329 ; 200-205

Diapositive 40

Résultats :

- Plus le taux de cotinémie était élevée, plus ce risque augmentait
- Risque était en moyenne augmenté de 50 % chez les patients exposés au tabac pour la maladie coronarienne
- Risque diminue progressivement avec le temps, celui étant maximum les 5 premières années.
- Mais pas de corrélation significative avec le risque d’IDM.

Diapositive 41

Risque maladie coronaire :

- Exposition au tabagisme passif du patient fumeur aggrave son risque d’accident aigue coronarien.
- Soustraire le malade coronarien au tabagisme passif

Pell JP et al NEJM july 2008

Diapositive 42

Risque maladie coronaire :

- TABAGISME PASSIF :

véritable facteur de risque cardiovasculaire à part entière.

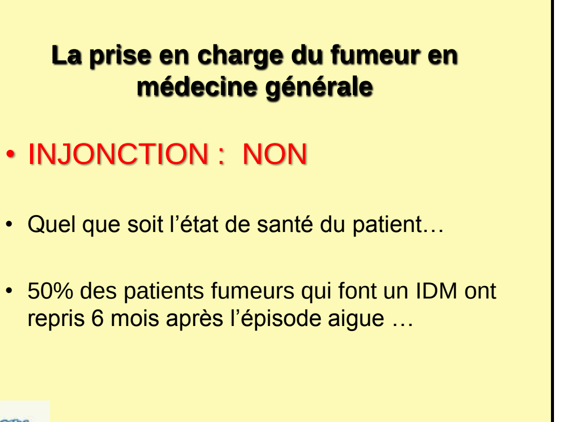
Diapositive 43

La prise en charge du fumeur en médecine générale

- MOTS CLES :
- Identifier
- Motivation
- Injonction
- Empathie
- Substitution
- Écoute

Un intrus !!!

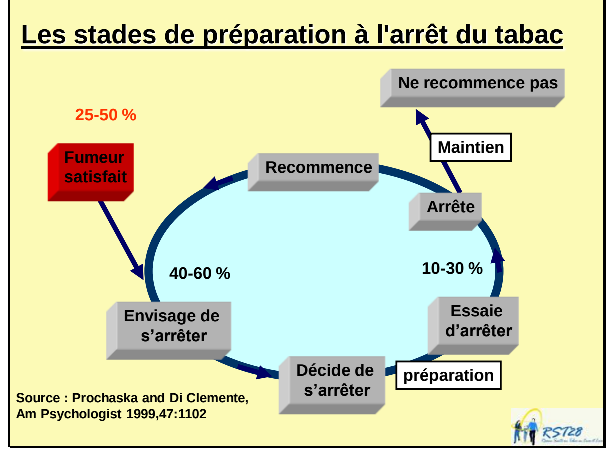
Diapositive 44



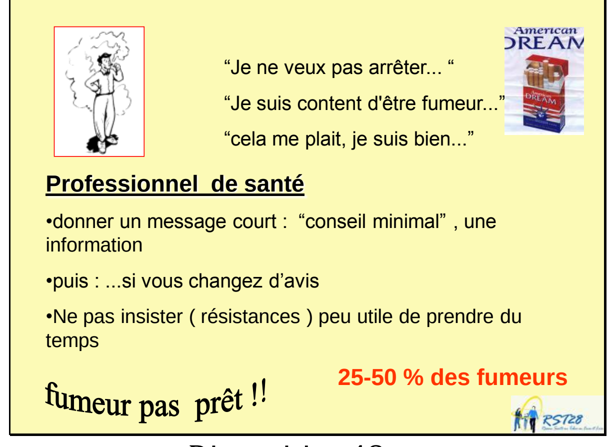
Diapositive 45



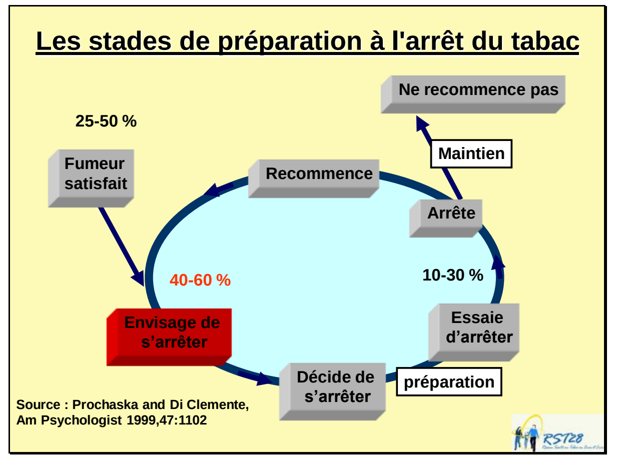
Diapositive 46



Diapositive 47



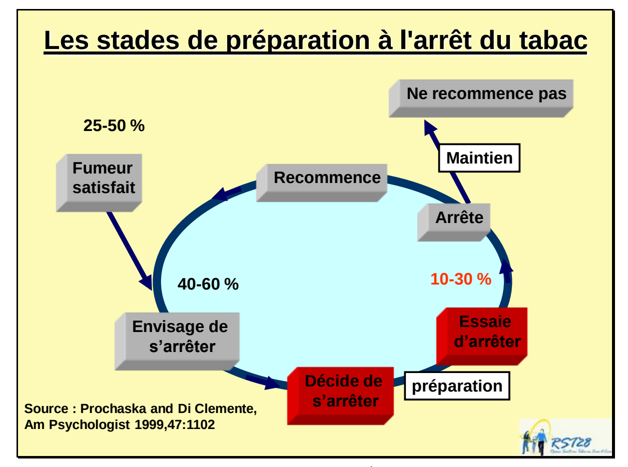
Diapositive 48



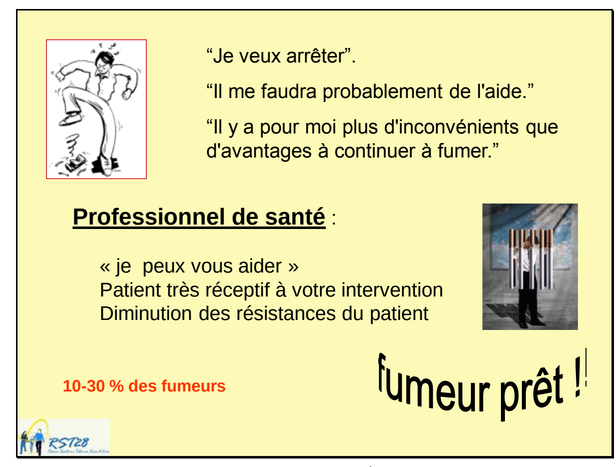
Diapositive 49



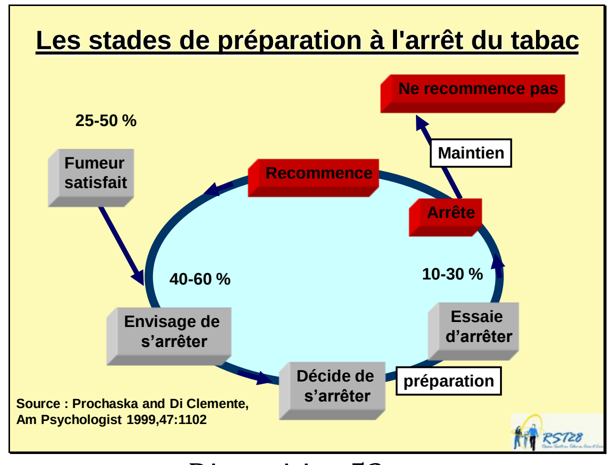
Diapositive 50



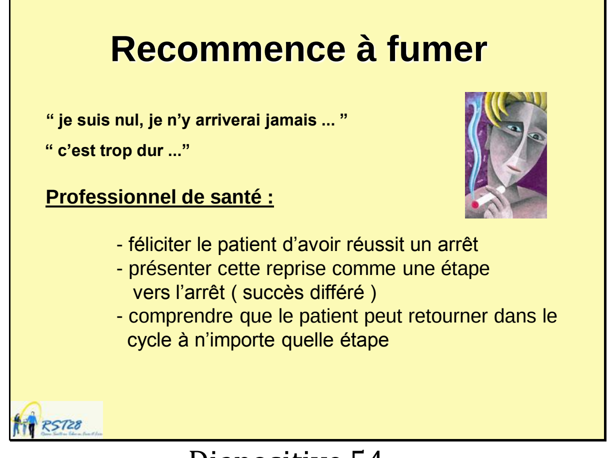
Diapositive 51



Diapositive 52



Diapositive 53



Diapositive 54



Ne recommence pas le tabac

- **Professionnel de santé** :

  Prévention de la reprise :
  Identifier avec le patient les situations à risque
  Renforcement positif : discuter des effets positif (bénéfiques) de l'arrêt

Diapositive 55



Traitements du sevrage tabagique

Une recherche et une utilisation récente

Dr jean-yves BACHELIER 29 MARS 2011

Diapositive 56

Prendre en charge tous les aspects du tabagisme

- Nécessité de prendre en charge les dépendances :
  - traitement de la dépendance comportementale et psychologique avec prise en charge psychologique (20 à 25 % de succès),
  - traitement de la dépendance physique à la nicotine (50 % de succès en fin de traitement, 25 % à un an).
- Ecoute des désirs et besoins du fumeur (prise de poids, choix de la date, confort, soutien...) .
- Prise en charge des facteurs anxio-dépressifs

Source : Schwartz/Molimard - Le traitement de la dépendance tabagique. - Doc française, 241-258 et Anthonisen, G. Lagrue.



Diapositive 57

La substitution nicotinique

- Un tournant dans l'histoire du sevrage tabagique
- Mieux évaluée (plus de 130 études)
- Probabilité d'arrêt multipliée par 1,6 à 2 à 12mois
- Plusieurs formes, participation active du patient
- Fumeur dépendant (fagerström >4)

1.Silagy C, Lancaster T, Stead L, *et al*. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004

Diapositive 58

Les outils de la substitution nicotinique

Gomme ou comprimés à sucer (2 mg – 4 mg : rendement environ 40 %)
- Succès doublé (20 à 40 %) en fin de traitement contre placebo (10- 20 % suivant importance soutien psychologique associé
- Composante comportementale important
- Avantages : le patient est "acteur" au fil de la journée
- Difficultés : troubles buccopharyngés si mal utilisés, appareils dentaires, posologie insuffisante (utiliser 4 mg).

Timbre
- Nicotine délivrée en continu à doses importantes (5 à 21 mg).
- Posologie facile à fixer.
- Résultats 20-60% sujets abstinents en fin de traitement (2-3 mois)
- Difficultés : délivrance continue, donc parfois difficultés à gérer une charge émotionnelle imprévue.

Inhaleur et **pastille sub-linguale** (microtab)



Diapositive 59

Substitution nicotinique

- Pas de forme avec un meilleur résultat (choix éclairé du patient, éducation)
- Durée : 6 semaines à 6 mois (ou plus)
- Association possible entre les différentes formes (meilleurs résultats)
- Posologie initiale suffisante (autotitration)
- Suivi prolongé (MG idéalement placé)



Diapositive 60

Substitution nicotinique

- **Disparition** des contre indications cardiologiques ou liée à l'état de grossesse
- **Effets secondaires** : insomnie, nausées, allergie à la colle (patch), rêves, bouche pâteuse, céphalées



Diapositive 61

Surdosage nicotine

- - Nausées, lipothymies
- - Palpitations, céphalées
- - Bouche pâteuse (comme si j'avais trop fumé)
- - Insomnie sévère
- - diarrhées



Diapositive 62

Sous dosage nicotine

- Réapparition des symptômes de sevrage



Diapositive 63

Syndrome de sevrage selon le DMS IV

- Présence d'au moins 4 des critères suivants :
- - humeur dépressive,
- - insomnie,
- - irritabilité, frustration, colère,
- - anxiété,
- - difficulté de concentration,
- - agitation,
- - ralentissement du pouls,
- - augmentation de l'appétit et/ou prise de poids rapide.
- Ces signes causent une souffrance clinique, et parfois une altération du fonctionnement social ou familial.
- Ces signes ne sont pas expliqués par une maladie mentale.

Diapositive 64

Bupropion (alias amfébutamone,alias ZYBAN)

- Environ 20 essais
- Pas plus efficace que la substitution nicotinique
- Inhibiteur de la recapture de la dopamine
- Antidépresseur ancien : WELLBUTRIN
- Amphétamine like (amfépramone)

Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. ***A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation.*** *N Engl J Med 1999 Mar 4;**340**:685–91*

Diapositive 65

bupropion

- **Contre-indications :**
- ATCD convulsions
- Sevrage alcool ou benzodiazepine (diminution seuil épileptogène)
- Boulimie anorexie mentale
- Troubles bipolaires
- +- syndrome dépressif en cours



Diapositive 66

bupropion

- **Effets secondaires indésirables:**

- Convulsions (0.1% en respectant les CI)
- Céphalées 30%
- Insomnies divers 30 %
- Hypersensibilite 3%
- Risque de pharmacodépendance



Diapositive 67

Varenicline CHAMPIX

- .Analogue agoniste partiel des sous unités alpha4 des récepteurs nicotiniques
- .ces récepteurs sont les plus impliqués dans la dépendance à la nicotine
- .effet antagoniste en présence de nicotine
- .effet agoniste partielle et donc action sur les voies dopaminergiques de la récompense

1.Cahill K, Stead L, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007

Diapositive 68

Varenicline CHAMPIX



- 11 études environ
- Lancement rapide avec études comparatives avec le bupropion
- Exclusion des études des sujets avec pathologie psychiatrique

1.Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, *et al*. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;**296**:56–63

Diapositive 69

varenicline

- **<u>Effets secondaires indésirables :</u>**
- nausées (30%)
- Céphalées
- Insomnie
- Rêves anormaux

= ceux de la nicotine

H-J Aubin[1], A Bobak[2], J R Britton[3], C Oncken[4], C B Billing, Jr[5], J Gong[5], K E Williams[5], K R Reeves[5]
Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-labeltrial.Thorax. 2008 Aug;63(8):717-24

Diapositive 70

varenicline

<u>FDA :</u>

- <u>Incertitude 1</u> : modification ECG : incertitude sur l'emploi à long terme chez patient porteur pathologie cardiaque (Nancy A. Rigotti 2009 Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Cardiovascular Disease)

. <u>Incertitude 2</u> : troubles du comportement, agitation, dépression, idées suicidaires, tentatives de suicide et suicide indépendants sevrage nicotine

(FDA : communiqué du 01/01/2008)

Diapositive 71

Traitements non recommandés

- Clonidine, tricycliques, buspirone, IMAO, IRS
- Anorexigènes, homéopathie, Méprobamate, Benzodiazépine, Ondansétron,
- Acupuncture, mésothérapie, auriculothérapie, cigarettes sans tabac, hypnose, laser

Diapositive 72

Co prescriptions

- **Anti-dépresseurs** : +++ si dépression sous jascente, à rechercher, pas de molécule étudiée dans ce cadre, utilisation des IRS
- **Laxatifs doux** : environ 10% de patients constipés à l'arrêt du tabac

1.Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2007
1.Hajek P, Gillison F, McRobbie H. Stopping smoking can cause constipation. *Addiction* 2003;**98**:1563–7

Diapositive 73

TCC

- Thérapies cognitivo comportementales :
- Bonne évaluation : plus de 50 essais
- Praticiens formés à ces thérapies
- Difficultés à mettre en place ces prises en charge (non remboursement…)

1.Wu P, Wilson K, Dimoulas P, *et al*. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2006;**6**:300

Diapositive 74

Choix thérapeutique

- Gold standard : substitution nicotinique
- Bupropion : à oublier ?
- Varénicline : 2eme intention, rebelles aux substituts ? Pas chez les patients avec ATCD cardiovasculaires ou psychiatriques ?

Diapositive 75

Première consultation

Jamais sur le pas de la porte …

Proposer au patient une consultation spécifique





Diapositive 76

Première consultation

- Repérer le patient dans le cycle de Prochaska
- Test de Fagerström

RST28

Diapositive 77

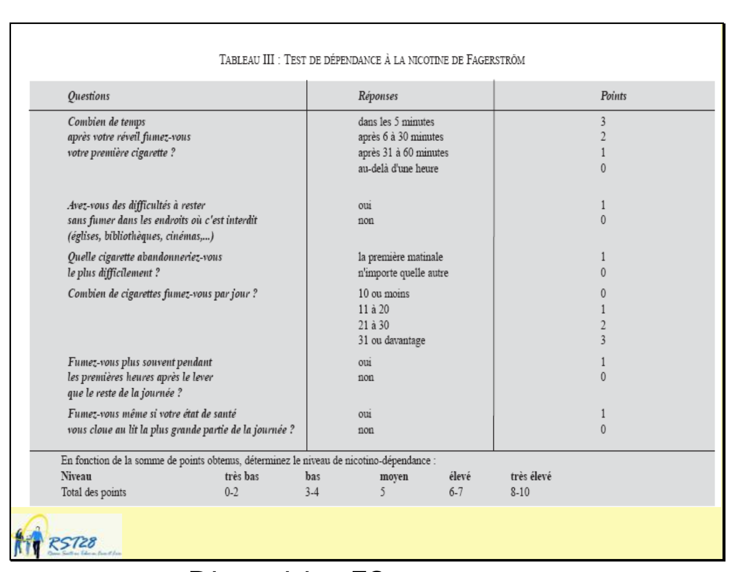


TABLEAU III : TEST DE DÉPENDANCE À LA NICOTINE DE FAGERSTRÖM

Questions	*Réponses*	*Points*
Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	dans les 5 minutes	3
	après 6 à 30 minutes	2
	après 31 à 60 minutes	1
	au-delà d'une heure	0
Avez-vous des difficultés à rester sans fumer dans les endroits où c'est interdit (églises, bibliothèques, cinémas,...)	oui	1
	non	0
Quelle cigarette abandonneriez-vous le plus difficilement ?	la première matinale	1
	n'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou davantage	3
Fumez-vous plus souvent pendant les premières heures après le lever que le reste de la journée ?	oui	1
	non	0
Fumez-vous même si votre état de santé vous cloue au lit la plus grande partie de la journée ?	oui	1
	non	0

En fonction de la somme de points obtenus, déterminez le niveau de nicotino-dépendance :

Niveau	très bas	bas	moyen	élevé	très élevé
Total des points	0-2	3-4	5	6-7	8-10

RST28

Diapositive 78

Première consultation

- Bilan de dépendance
- Test HAD
- Contrat de traitement avec le patient
- prescription

Diapositive 79

Deuxième consultation et suivantes

Sevrage tabagique en médecine générale





Diapositive 80

Deuxième consultation et suivantes

- Dans la semaine qui suit l'arrêt du tabac
- Doit être proposée et encouragée de manière systématique

Diapositive 81

Deuxième consultation et suivantes

- Féliciter pour sa démarche d'arrêt
- Statut tabagique
- Évaluation et adaptation de la substitution nicotinique (sous ou surdosage, ESI, tolérance, prix)
- Adaptation la plus rapide possible
- Discuter de l'intérêt d'une durée de substitution adaptée



Diapositive 82

Deuxième consultation et suivantes

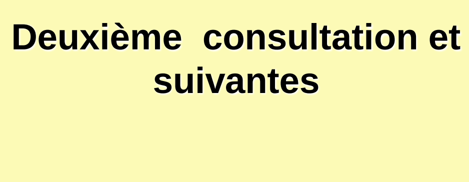
- Poids (appétit, grignotage..) conseils diététiques (diététicienne)
- Troubles digestifs (constipation)

Diapositive 83

Deuxième consultation et suivantes

- Anxiété dépression : irritabilité, moral sommeil, concentration…
  (surtout à un mois de l'arrêt)
  (psychologue)
- Effets positifs de l'arrêt (satisfaction, diminution de la toux, goût retrouvé…)

Diapositive 84



Deuxième consultation et suivantes

- Prévention de la reprise
- Continuer à proposer du soutien (empathie)

Diapositive 85

Deuxième consultation et suivantes

- « ne pas voler la victoire au patient !!»

D'après MOLIMARD R; la fume,sides éditions

Diapositive 86

Sevrage tabac et prise de poids

- En moyenne 3 à 5 kg
- Fumeur en sous poids (cigarette coupe faim, activatrice des dépenses énergétiques)
- Évaluation diététique
- Substitution nicotinique ++
- Intérêt de travailler en réseau



Diapositive 87

Sevrage tabagique

Cas complexes

Diapositive 88

Sevrage tabac et prise de poids

- En moyenne 3 à 5 kg
- Fumeur en sous poids (cigarette coupe faim, activatrice des dépenses énergétiques)
- Évaluation diététique
- Substitution nicotinique ++
- Intérêt de travailler en réseau



Diapositive 89

Femme enceinte



.La nicotine passe le placenta et s'accumule dans le liquide amniotique du foetus.

.Il faut dans un premier temps proposer des techniques non médicamenteuses chez la femme enceinte qui continue à fumer.

.En cas de poursuite du tabagisme proposer selon l'AMM une substitution nicotinique en utilisant de préférence gommes ou timbres retirés le soir au coucher.

.L'absence de nicotine délivrée la nuit permet de limiter l'accumulation de nicotine dans le liquide amniotique.

.Recommandations floues de la part de l'AFFSAPS

Diapositive 90

Tabac et shizophrénie

- Quasi 100% de fumeurs
- . Le tabac fait partie de de équilibre de leur traitement
- . Reprise très fréquentes
- . Attention a la décompensation de la maladie à l'arrêt
- . Utilisation des nouveaux neuroleptiques (risperidone… amisulpride) moins d'interaction médicamenteuse avec le tabac



Diapositive 91

Tabac et cannabis



- Environ 10% de fumeurs réguliers entre 15 et 30 ans
- On fume le cannabis avec du tabac…
- Cannabis surtout dépendance psychologique
- Sevrage : agitation anxieuse, insomnie, irritabilité
- Aucun médicament spécifique
- Anxiolytique,antidépresseur, psychothérapie
- Intérêt du travail en réseau

Borgne A. STP 01/2008

Diapositive 92

Tabac alcool

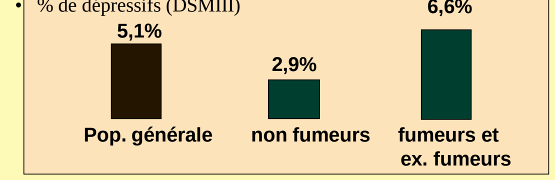
- Il est quasi impossible de sevrer en tabac sans sevrer en alcool.
- Placer les 2 sevrages dans une même démarche globale.
- Soit sevrage simultané (difficile à conduire, en particulier en médecine générale).
- Intérêt du travail en réseau



Diapositive 93

Dépression et tabac

- Les états dépressifs majeurs sont fréquents chez les fumeurs (vie entière).



- Chez les sujets en dépression majeure: 74% fumeurs
- L'association tabac/dépression est forte (RR=2,9),
- elle est indépendante de l'âge, du sexe, de l'ethnie,
- du niveau socio-culturel.

Source: A Glassman JAMA 1990, 264:1546-49

Diapositive 94

Tabac et dépression

- Il faut toujours y penser…
- prise en charge classique (éviter les benzodiazépines éventuellement addictives)
- Utilisation des IRS faible dose (citalopram gouttes) cas patient tendance dépressive
- Psychothérapie : intérêt de travailler en réseau (non remboursement sécurité sociale)



accord professionnel

Diapositive 95

Tabac et adolescents

- Difficultés d'approche : défi, interdits, opposition…
- Peu d'approche validée reproductible
- Intérêt de modifier l'image du tabagisme (consommation tabac n'est pas la norme)

Lalande Gabrielle, Mathern Gérard, table ronde GEST 2003

Diapositive 96



Tabac et adolescents

- **<u>TERRAIN :</u>**

- Équilibre psychologique parfois précaire
- Image du corps perturbé
- Trouble du comportement alimentaire
- Manque d'estime de soi
- Expérimentation
- Immortalité



Diapositive 97

Tabac et adolescents

- Groupe ++++

(interventions dans les lycées sur une longue durée) et prise en charge individuelle

Diapositive 98

Tabac et adolescents

- Problématique assez proche (conscience de la dépendance)
- Approche différente (peu médicalisée,TSN non efficaces)
- Lutte contre tous les comportements à risque
- Association avec le cannabis
- Résultats incertains

Diapositive 99

Nouvelles habitudes de consommation

	volume cigarettes en milliards d'unites	scaferlatis volume tonnes	cigares ou cigarillos en millions d'unites
1995	88,3	6444	1460
2000	82,3	7140	1771
2006	55,8	7795	1819

source : "la revue des tabacs" fev 2006 n°258

Diapositive 100

Cigarette roulée

- . Pas de filtre
- . D'après une étude anglaise :
- . 57% de goudrons en plus
- . 77% de nicotine en plus par rapport aux cigarettes industrielles.
- . Ce tabac se fume aussi avec du cannabis

Diapositive 101

Cigare, cigarillos

- . Alcalinité de la fumée : absorption par la muqueuse buccale +++
- . Un cigarillos = 2 cigarettes
- . Un cigare = …..

Diapositive 102

Houkas, bangs, narguilés shishas

- . À la mode
- . Pipe à eau sensée retenir les substances nocives. Faux : augmente les risques
- (pediatrics 2006)
- . Convivialité : peut aussi favoriser la tuberculose, l'hépatite, l'herpes (WHO 2006)



Diapositive 103

Bidis kreteks

- . Cigarettes sans filtre artisanales aromatisées
- . Clou de girofle (kreteks)
- . fruits chocolat …(bidis)

- . favorise une inhalation plus importante
- . Initiation des enfants au tabagisme



Diapositive 104

Snus suédois

- . Très populaire en Suede
- . Tabac oral parfois aromatise
- . pH basique : absorption muqueuse buccale : bonne induction à la dépendance
- . Faible taux de cancer pulmonaire
- . Utilisation en tabacologie en réduction du risque ? (risque sanitaire estimé à 5% de celui lié à la consommation de cigarette)
- La revue du prat. Med gene tome 21 n°756 janvier 2007

Diapositive 105

Annexe 2 : Fiche signalétique

1) Initiales du médecin généraliste :…………………………………...

2) Type d’activité : -rurale < 2500 habitants
-urbaine >10000 habitants
-semi-rurale entre 2500 et 10000 habitants
-mixte (ex. : activité hospitalière et rurale).
Préciser :.......................................

3) Nombre moyen de consultations par jour : - moins de 10
- de 10 à 19
- de 20 à 29
- 30 et plus

4) Age :………………………………………………………………

5) Sexe : masculin ou féminin

6) Fumez-vous ?..

Annexe 3 : Trame d'entretien

Entrée en matière :

- Rappeler l'objet des focus group : "Vous avez participé à une formation sur la tabacologie, j'aimerai, dans le cadre de ma thèse, parler du tabac en médecine générale"
- Revenir sur l'anonymisation et le statut de confidentialité des propos recueillis. Demander l'autorisation d'enregistrer.

Présentation des participants (tour de table)

Questions :

1. Vous avez participé à une formation sur le sevrage tabagique : quelles étaient vos attentes ?

2. Le dernier patient avec lequel vous avez abordé le tabac : comment cela s'est-il passé ?

3. Avez-vous changé votre manière d'aborder le sujet avec un patient fumeur depuis la formation ?

   Eléments de relance si besoin :
   - conseil minimal
   - utilisation du cycle de Prochaska
   - distribution de brochures

4. Que recherchez-vous lors d'une demande de sevrage tabagique ?

   Questions de relance si besoin :
   - Evaluez-vous les motivations et les craintes du patient ?
   - Vous intéressez-vous à l'histoire du tabagisme du patient ?
   - Utilisez-vous le test de Fagerstrom ? (évaluation dépendance)
   - Utilisez-vous le test HAD ? (dépistage tendance dépressive)
   - Recherche de co-dépendance(s)

5. Quels types de traitements utilisez-vous ? Comment les prescrivez-vous ? Quels principaux conseils donnez-vous aux patients ?

   Eléments de relance si besoin :
   - Utilisation des substituts nicotiniques (patchs et/ou gommes), évaluation du dosage initial
   - Prescription bupropion (=zyban) ou varenicline (=champix). Si oui, dans quels cas ?
   - Co-prescriptions (laxatifs, anti-dépresseurs)
   - Utilisation des fiches-patients fournies lors de la formation ("mode d'emploi des substituts nicotiniques"," gestion des envies de fumer", "faire face au découragement", "quelques trucs et astuces pour réussir son arrêt du tabac")

6. Comment faites-vous le suivi du patient ? Que recherchez-vous lors des consultations ?

   Questions de relance si besoin :
   - Dans quel délai revoyez-vous le patient ? Puis à quelle fréquence ?
   - En moyenne, combien de temps dure le suivi du sevrage tabagique ?

7. Proposez-vous au patient d'utiliser les possibilités offertes par le réseau ?

   Eléments de relance si besoin :
   - Consultations spécialisées en tabacologie (à l'hôpital ou en ville)
   - Suivi psychologique
   - Réunions d'information
   - Réunions de groupe diététique et/ou suivi individuel diététique
   - Réunions de groupe gestion du stress par la relaxation
   - Remise de la brochure
   - Si non, pourquoi ?

8. D'une manière générale, que vous a apporté la formation ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez encore lors de l'accompagnement du sevrage tabagique ?

Annexe 4 : Description de la population étudiée

Focus group A

date : 07/02/2013
durée : 55 minutes

Identif.	Sexe	Age	Activité	Nbre cs/jour	Fumeur	Type de formation (année)
A1	M	63	urbaine	30 et +	Non	Niveau 1 (2009), Niveau 2 (2009)
A2	M	55	urbaine	20 à 29	Non (ex)	Niveau 1 (2009), Niveau 2 (2009)
A3	M	51	urbaine	30 et +	Non	Niveau 1 (2009)
A4	M	54	urbaine	20 à 29	Non	Niveau 1 (2009), Niveau 2 (2009)

Focus group B

date : 12/02/2013
durée : 88 minutes

Identif.	Sexe	Age	Activité	Nbre cs/jour	Fumeur	Type de formation (année)
B1	M	61	Urbaine	10 à 19 EHPAD	Non (ex)	Niveau 1 (2002), Niveau 2 (2005)
B2	F	48	Semi-rur	20 à 29 EHPAD	Non	Niveau 1 (2005)
B3	M	54	Semi-rur	20 à 29	Oui	Niveau 1 (2004 et 2011), Niveau 2 (2005 et 2011), Niveau 3 (2012), RPIB (2010)
B4	M	39	Urbaine	30 et +	Non	Niveau 1 (2011), Niveau 2 (2011), Niveau 3 (2012), RPIB (2010)
B5	F	52	Rurale	30 et +	Non	Niveau 1 (2008), Niveau 2 (2008)
B6	F	40	Urbaine	30 et +	Non	Niveau 1 (2011), RPIB (2010)

RPIB = Repérage Précoce Intervention Brève
cs = consultations

Focus group C

date : 07/03/2013
durée : 102 minutes

Identif.	Sexe	Age	Activité	Nbre cs /jour	Fumeur	Type de formation (année)
C1	M	55	Semi-rur	20 à 29	Non	Niveau 1 (2005), Niveau 2 (2006), Niveau 3 (2012)
C2	M	46	Urbaine	20 à 29	Non	Niveau 1 (2005), Niveau 2 (2006)
C3	F	49	Urbaine	20 à 29	Non	Niveau 2 (2005)
C4	M	54	Semi-rur	30 et +	Non	Niveau 1 (2004), Niveau 2 (2005)

Focus group D

date : 28/03/2013
durée : 100 minutes

Identif.	Sexe	Age	Activité	Nbre cs/jour	Fumeur	Type de formation (année)
D1	M	67	Semi-rur	20 à 29	Oui	Niveau 1 (2004), Niveau 2 (2005)
D2	M	56	Rurale	20 à 29	Non	Niveau 1 (2011), Niveau 2 (2011) Niveau 3 (2012)
D3	M	45	Urbaine	30 et +	Non	Niveau 1 (2005), Niveau 2 (2006)
D4	F	51	Semi-rur	20 à 29	Non	Niveau 1 (2005), Niveau 2 (2006) Niveau 3 (2012)
D5	F	46	Rurale	10 à 19	Non	Niveau 1 (2008), Niveau 2 (2008) Niveau 3 (2011)

RPIB = Repérage Précoce Intervention Brève
cs = consultations

Annexe 5 : Définition du conseil minimal

La pratique du conseil minimal consiste à poser deux questions à chaque patient qui consulte : « Fumez-vous ? » puis : « Voulez-vous arrêter de fumer ? ». Si la réponse à la deuxième question est oui, il convient de proposer le guide pratique : « j'arrête de fumer » édité par l'INPES [35].

(définition disponible sur : http://www.tabac-info-service.fr)

Annexe 6 : Test HAD

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.
0 Jamais.
1 De temps en temps.
2 Souvent.
3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.
0 Pas du tout.
1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.
0 Très occasionnellement.
1 Occasionnellement.
2 Assez souvent.
3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.
0 Oui, quoi qu'il arrive.
1 Oui, en général.
2 Rarement.
3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.
0 Jamais.
1 Parfois.
2 Assez souvent.
3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.
0 Pas du tout.
1 Pas tellement.
2 Un peu.
3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.
0 Jamais.
1 Pas très souvent.
2 Assez souvent.
3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.
0 Oui, tout autant.
1 Pas autant.
2 Un peu seulement.
3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.
0 Autant que par le passé.
1 Plus autant qu'avant.
2 Vraiment moins qu'avant.
3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.
0 La plupart du temps.
1 Assez souvent.
2 Rarement.
3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.
0 Jamais.
1 Parfois.
2 Très souvent.
3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.
0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.
0 Autant qu'avant.
1 Un peu moins qu'avant.
2 Bien moins qu'avant.
3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.
0 Souvent.
1 Parfois.
2 Rarement.
3 Très rarement.

Résultats :
Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.
Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.
Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.
Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

Référence : *Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical.*

Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date de juillet 2012

Le Directeur de Thèse

Vu le Doyen
de la faculté de médecine de Tours

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

VENOT-GOUDEAU Elodie **Thèse n°**

73 pages – 4 tableaux

Résumé :

Introduction : Les patients ont plus de chance de démarrer un sevrage tabagique et de le réussir avec un médecin généraliste formé à l'aide à l'arrêt du tabac. Le RST 28 propose une formation sur ce thème aux médecins généralistes d'Eure-et-Loir. L'objectif principal de cette étude était d'explorer le ressenti des médecins formés sur l'aide apportée par cette formation. L'objectif secondaire était de s'intéresser aux difficultés qu'ils pouvaient encore rencontrer afin d'améliorer l'enseignement proposé.

Méthode : Etude qualitative par 4 Focus Groups avec 19 médecins généralistes d'Eure-et-Loir. Une retranscription écrite intégrale et une analyse thématique du contenu ont été réalisées.

Résultats : Les médecins interrogés trouvaient la formation utile et intéressante. Elle leur avait permis de modifier l'abord du tabac avec leurs patients et de prescrire de façon plus optimale les thérapeutiques liées au sevrage tabagique, notamment les substituts nicotiniques. Le conseil minimal restait peu connu. Ils rencontraient surtout des difficultés dans l'organisation du suivi des patients en cours de sevrage tabagique. Ils utilisaient peu les possibilités de prise en charge pluridisciplinaire offertes par le RST 28.

Conclusion : Les médecins généralistes interrogés étaient globalement satisfaits de l'impact de la formation sur leur prise en charge du sevrage tabagique et étaient demandeurs de rappels réguliers. La prise en compte des difficultés encore existantes et l'évaluation de leur ressenti permettront d'améliorer et d'adapter la forme et le contenu de la formation proposée par le RST 28.

Mots clés :
- formation
- sevrage tabagique
- réseau
- médecine générale
- étude qualitative

Jury :

Président : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres : Monsieur le Professeur Claude LINASSIER
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Monsieur le Docteur Jean-Yves BACHELIER
Madame le Docteur Catherine ROUÉ

Date de la soutenance : 22 octobre 2013